

STAND VAN ZAKEN 2 / INTERVIEW JAN JANSEN 4

FRIESLAND: NIJ SMELLINGHE 7 / LEERBOEK LEVERZIEKTEN 8

NTVG 9 / PHYSISIAN ASSISTENTS 11 / DIEETPREPARATEN 12

VACATURENOOD 12-13 / THEMA ZORGVERDELING 14-19

GUIDO TYTGAT 21 / ONDERVOEDING 23 / ORATIE 25

CASUÏSTIEK 27 / PROEFSCHRIFTEN 28 / DE AFDELING 31



MAGMA

TIJDSCHRIFT VAN DE NEDERLANDSE VERENIGING
VAN MAAG-DARM-LEVERARTSEN

JAARGANG 16 / NUMMER 1 / MAART 2010



**ZORGVERDELING:
DE STRUCTUUR IS ER – NU DE KEUZES**

Gewenst: een academische carrière

Hoe behouden we talent voor de wetenschap? Het is een zorg die door velen wordt gedeeld. Dat MDL-artsen schaars zijn, vergroot onze zorg nog eens. In academische ziekenhuizen verdient een MDL-arts vaak minder dan een anesthesist, cardioloog of radioloog. Ik stel de collegae in onze universitaire medische centra daarom voor eens na te gaan hoe dit in hun ziekenhuis is geregeld. De CAO biedt bij de huidige tekorten volop mogelijkheden voor schaarstetoeslag, TVO 20% en/of sneller doorlopen van AMS-schalen. Het lijkt verstandig dat afdelingshoofden hierover in overleg treden met u en hun raad van bestuur om op zijn minst hun staf te behouden. De vraag is: wat wil ons aanstormende talent, een academische carrière of een baan? Het is aan ons de randvoorwaarden te creëren voor de academische carrière.

Transfers

Zuiden

Breda spreekt met een MDL-i.o. voor een 6° MDL-arts per 1-1-11. Ze zoeken nog meer fte's MDL tot 2015. Maarten Dekeyser (AZ Gent) is als 2° MDL-arts in Gorkum gestart. Prof. Jan Jansen verlaat het Radboud Ziekenhuis en wordt 2° MDL-arts in Helmond. Joost Drenth is per 1 februari tot Nijmeegs afdelingshoofd benoemd. Aura van Esch blijft als 8° MDL-arts in Nijmegen. Bernhoven (Oss) is qua endoscopie geheel vernieuwd en zoekt dringend een 4° MDL-arts. Venlo zoekt met spoed een 5° MDL-arts.

Westen

De nood in Amsterdam blijft groot: 3 vacatures in het AMC, 2 in het Slotervaart, 2 in het AVL, nog 1 in het SLAZ, 1 in het Bovenij Ziekenhuis, 2 in het OLVG en 2 in het VUmc. Collega Stokkers wordt opleider in het SLAZ. MDL-arts. Pleun Snel (net 65) heeft een jaar bijgetekend in het Slotervaart. Rondon Amsterdam: in Zaandam 2 vacatures, 1 in Purmerend, meerdere in Hoorn en 1 in Almere. Casper Noomen (AZL) start als 6° MDL-arts in Alkmaar. Hilversum praat met kandidaten voor de 6° MDL-arts én zoekt een opvolger voor collega Sikkens, die eind 2010 met pensioen gaat. Amersfoort praat met een 6° MDL-arts. In het

Haaglanden Ziekenhuis start begin 2011 Patrick van der Veek (AZL) als 5° MDL-arts als opvolger van Sjoerd van de Werf. Ikazia Rotterdam zoekt met spoed een 4° MDL-arts.

Oosten

Halil Akol (Apeldoorn) is 5° MDL-arts in Ede, en later dit jaar start Ruby Meiland er als 6° MDL-arts. Nu nog een opleiding. Rijnstate wil in 2010 waarschijnlijk groeien met 1 à 2 fte. Roland de Vries (Radboud) start dit voorjaar als 5° MDL-arts in Deventer. Rob Lieveer (Apeldoorn) start als 3° MDL-arts in Hogeveen. De directie in Apeldoorn zoekt een dwarsverband met Deventer, een brug-MDL-maatschap? Na overleg met 2 MDL-hoogleraren wordt nu een 3° geconsulteerd. Enschede is blij met de komst van Maureen Guichelaar (UMCG) als opvolgster van Nico van Bentum (65). Nico blijft 2 dagen scopiëren om de groep te helpen. Men praat informeel met 2 kandidaten voor de 7° MDL-arts. De 8° mag ook al bellen.

Noorden

Het blijft problematisch in Groningen, Friesland en Drenthe. Jerry Bergman (Martini, Groningen) gaat met pensioen, maar blijft 2 dagen scopiëren om zijn collegae te ontlasten. Michiel van Haastert blijft er 6 dagdelen werken. Drachten (nu nog maar 1 MDL-arts), heeft grote behoefte aan 3 extra MDL-artsen. De directie kijkt in België en Duitsland en klaagt bij VWS over de te kleine opleidingscapaciteit MDL. Sneek, met 2 onnipotente GE-internisten, zoekt zeer dringend 2 collegae. Ga er eens kijken. Een boot voor de deur en genieten maar!

Algemeen

De STZ-ziekenhuizen krijgen nog vrij makkelijk MDL-artsen. Toegankelijkheid van MDL-zorg verdampt in de kleine ziekenhuizen. Toch loopt het aantal MDL-artsen gestaag op. In 2010-2011 zullen 51 MDL-artsen hun opleiding afronden – 14 van hen hebben al een baan – terwijl 20 collegae met pensioen gaan. Het actuele aantal vacatures schommelt rond 60 fte. Het tekort blijft tot 2015 hangen rond 100 fte plus of min 10. Op 1 april 2010 zijn er 334 MDL-artsen, waarvan 317 lid van de NVMDL. In 1991 waren we met 50 MDL-artsen, in 1996 met 100 en in 2002 met 200. Eind dit jaar hebben we waarschijnlijk 350 collega-MDL-artsen.



Darmkankerscreening: hoe lang willen we nog wachten?

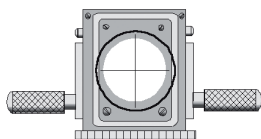
Na jaren van onderzoek naar haalbaarheid, effectiviteit, kosten en tal van andere aspecten van screening op darmkanker kwam de Gezondheidsraad op 17 november jongstleden met een helder advies aan de minister. De letterlijke conclusie luidde dat 'darmkanker zich uitstekend leent voor screening'. De commissie adviseerde een tweejaarlijks bevolkingsonderzoek te starten onder mannen en vrouwen tussen de 55 en 75 jaar op basis van een immunochemische faeces occult bloed test (FIT: fecal immunochemical test). De commissie voegde daaraan toe dat bij een deelnamegraad van 60% (conform de proefonderzoeken) jaarlijks 1400 sterftegevallen kunnen worden voorkomen en schatte de benodigde tijd voor introductie op vijf jaar. Dit advies was niet over één nacht ijs tot stand gekomen, maar mede gebaseerd op de uitgebreide proefbevolkingsonderzoeken en eerdere rapportages van Gezondheidsraad, ZonMW, KWF, RIVM, en het Nationaal Programma Kankerbestrijding. Het sloot ook aan bij adviezen van de Europese Commissie.

Met deze brede steun was de unanieme verwachting een positief besluit van de minister.

Tot ieders verbazing stelde de minister zijn besluit uit op basis van twee argumenten, namelijk kosten en endoscopiecapaciteit. In de huidige financiële crisis zijn de initiële kosten van 23 miljoen euro per jaar een relevant onderwerp. Cruciaal is echter dat darmkankerscreening na enige tijd meer aan behandelingskosten bespaart dan dat het screeningsprogramma kost. Kosten vormen dus bij uitstek een argument om screening wél in te voeren!

Het tweede argument – capaciteit – is navrant. De NVMDL heeft de afgelopen jaren herhaalde signalen afgegeven over de grote tekorten aan MDL-artsen, daarbij mede wijzend op introductie van darmkankerscreening. De standaardrespons van de minister was dat het besluit over screenen nog niet was genomen. Nu draait de minister de argumentatie om en neemt het besluit niet vanwege de mogelijk tekortschietende endoscopiecapaciteit! Natuurlijk zijn die tekorten er en nemen ze alleen maar verder toe (zie elders in deze *MAGMA*). Daarover moeten we in nauw overleg blijven met betrokken partijen, met name VWS en het Capaciteitsorgaan. Tegelijk hebben we ons als beroepsgroep gecommitteerd aan invoering van een screeningsprogramma en stellen we alles in het werk om de betreffende inspanningen te garanderen, onder andere door nurse-endoscopy voor screening in de praktijk te testen. Optimale inzet van mensen en middelen vraagt des te harder om een georganiseerd screeningsprogramma in plaats van de snel toenemende wilde screening. Kortom, wij willen niet langer wachten, en met ons de Nederlandse Federatie van Kankerpatiënten, het KWF, de MLDS, de Nederlandse Vereniging van Medisch Oncologen en de Vereniging van Integrale Kankercentra!

Was getekend,
Ernst Kuipers



Verdeel en heers!

De tijd dat elke MDL-arts alles kon en deed op MDL-gebied, is voorbij. Hetzij omdat het te veel is, hetzij omdat het te moeilijk wordt. In het eerste geval gaat de patiënt naar een verder gelegen ziekenhuis binnen of buiten de eigen regio of naar een ZBC, in het tweede geval naar het UMC. Voor de patiënt kan het zo al snel onduidelijk worden waar hij precies moet zijn, waardoor het gevoel kan ontstaan dat hij van het kastje naar de muur wordt gestuurd. Maar ook de behandelende MDL-arts moet soms alle zeilen bijzetten, wil hij of zij de regio stevig in handen houden.

Om verdeling van de zorg naar kwantiteit en inhoud kunnen we niet meer heen. Laten we daarom met elkaar nadenken over het hoe en waarom en over de spelregels die nodig zijn om daarbij de kwaliteit, de veiligheid en het overzicht voor alle partijen te waarborgen. Kunnen of moeten we het aanbod gewoon binnen het perifere ziekenhuis wegwerken? Welke verrichtingen doen we nog in het eigen ziekenhuis en welke brengen we in een centrum onder? Wie is de hoofdbehandelaar c.q. zou dit moeten zijn? Hoe zijn de verantwoordelijkheden precies geregeld? Wat behoort tot de basistaken van elke MDL-arts en welke taken moeten we toedelen aan gespecialiseerde MDL-artsen? Hoe werkt de differentiatie binnen de opleiding door in de praktijk? Kortom, vragen die niet één twee drie allemaal zijn beantwoord en zeker niet eensluidend.

Graag laten we onze collega's in *MAGMA* aan het woord over deze materie. Ik roep u allen op mee te denken en te praten, in de hoop dat wij heerser blijven over de manier waarop de MDL-zorg wordt vormgegeven.

Willem Moolenaar, MDL-arts

JAN JANSSEN MAAKT OVERSTAP VAN ACADEMISCH ZIEKENHUIS NAAR STREEKZIEKENHUIS

‘Het is schrijnend dat wij in ons vak geen afscheid kunnen nemen van zestigplussers’

Na een drukke periode in het ziekenhuis had hij zichzelf een vrije middag beloofd. Ook om iets te doen aan de tachtig vakantiedagen die hij nog had staan. Terwijl hij op het punt stond het ziekenhuis te verlaten, zag hij dat iedereen op de afdeling hard aan het werk was. “Mag ik dit wel doen?” dacht Jan Jansen toen. Nu zegt hij: “Ik moet echt leren om minder te werken. Juist daarom heb ik altijd gezegd dat ik op mijn tweeënzestigste met deze functie zou stoppen.”

‘Deze functie’ is hoofd van de afdeling Maag-, Darm- en Leverziekten van het UMC St. Radboud in Nijmegen en hoogleraar interne geneeskunde, in het bijzonder gastro-enterologie. Prof dr. Jan B.M.J. Jansen is naar de raad van bestuur van het ziekenhuis en zijn medewerkers altijd open geweest over zijn beslissing een stap terug te doen in de laatste fase van zijn carrière. “Ik weet dat ik tijd nodig heb om mij voor te bereiden op mijn pensioen. Om mij los te maken van een leven dat beheerst wordt door werk. Dat heb ik van huis uit meegekregen. Mijn vader had een agrarisch bedrijf. Als ik één dag met hem buiten het dorp kwam, dan was dat iets bijzonders. Hij was altijd in de weer, omdat beesten geen vijfdaagse werkweek kennen. Terugtrekken is ook goed voor de wetenschappelijke component van de functie. Tegen je tweeënzestigste krijg je de neiging om geen projecten meer te starten die doorlopen tot na je pensioen. Ik merk dat mijn ambitie minder begint te worden. Je hebt niet meer de creativiteit en fonkelende ideeën als toen je begon.”

Ruimte voor een andere kijk op het vak

“Voor de ontwikkeling van ons vak moeten we ruimte maken voor mensen die meer gericht zijn op het arbeidsethos van deze

tijd. Ik ben nog van de generatie die zich volledig kon concentreren op het ziekenhuis en de wetenschap, dankzij mijn vrouw. Daardoor kon ik er 24 uur per dag voor de patiënten zijn. Al mijn patiënten hebben mijn 06-nummer. Maar de opvattingen daarover veranderen. Dat zie je bijvoorbeeld aan de moeite die het kost om bij de roosters rekening te houden met medewerkers die in deeltijd werken. Ik zal daar niet meer aan wennen.”

Het UMC St. Radboud heeft een aantal ingrijpende veranderingen in de organisatie van de zorg en de opleiding in voorbereiding. “Ook dat proces kun je beter toevertrouwen aan iemand die er straks mee moet werken en niet aan iemand die gaat afbouwen. En die het misschien benadert vanuit de ervaring: dat heb ik allemaal al eens meegemaakt.”

Voor Jansen was een belangrijk argument dat er een uitstekende opvolger klaarstond, Joost Drenth. “Dat is belangrijk voor de kwaliteit en de reputatie van het ziekenhuis. Er is in Nederland en het buitenland veel belangstelling voor Joost. Door hem deze

functie aan te bieden, kunnen we hem behouden. Ik kijk daar ook rationeel naar: we hebben veel in Joost geïnvesteerd. Hij heeft hier zijn opleiding gevolgd en we hebben hem in staat gesteld twee jaar in Verenigde Staten zijn kennis op het gebied van kwaliteit te versterken. Daar willen we zo lang mogelijk profijt van trekken.”

Bel me maar als jullie er niet uitkomen

Wat iedereen verraste, is dat hij na zijn afscheid op 1 februari 2010 van het UMC St. Radboud is toegetreden tot de maatschap van internisten van het Elkerliek Ziekenhuis in Helmond. Die stap was voor Jansen aanvankelijk net zo verrassend en het resultaat van een toevallige ontmoeting. Tijdens de wielerronde van Stiphout sprak hij een collega van het Helmondse ziekenhuis die zich ernstig zorgen maakte over het vervullen van de vacature die was ontstaan door het vertrek van een MDL-arts.

“Ik zei toen: bel me maar als jullie er niet uitkomen. Ik heb er nooit bij stil gestaan dat ik echt gebeld zou worden. Tijdens het kennismakingsgesprek klikte het meteen. Ik wilde aanvankelijk bij het Radboud in drie jaar afbouwen. Maar, zo realiseerde ik mij na dit gesprek in Helmond, ik zou door mijn aanwezigheid in een andere functie het gevoel krijgen anderen voor de voeten te lopen. Helmond biedt mij de gelegenheid om nog iets op te bouwen en nieuwe ervaringen op te doen. Als je je hele leven in loondienst bent geweest, begin je in een maatschap aan een ontdekkingsreis. Werken in een streekziekenhuis heeft als voordeel dat ik mij op één taak kan concentreren, de patiëntenzorg. Je bent niet meer met heel veel dingen tegelijk bezig: patiëntenzorg, het managen van de afdeling, onderwijs, wetenschappelijk onderzoek.

“Al mijn patiënten hebben mijn 06-nummer”



Jan Jansen: "Tegen elk ander ziekenhuis dan Helmond zou ik nee hebben gezegd."

Tegen elk ander ziekenhuis zou ik 'nee' hebben gezegd. Ik ben in de buurt van Helmond, in Aarle Rixtel geboren en opgegroeid. Ik heb een warme band met dit ziekenhuis, ik ken er veel collega's. In de maatschap van internisten zit één MDL-arts. Ik denk dat ze mij goed kunnen gebruiken. Ik ben in elk geval met open armen ontvangen. Het is natuurlijk mooi dat je als tweeënzigtigjarige nog iets kunt betekenen. Maar het is ook schrijnend dat de nood zó groot is dat we in ons vak nog geen afscheid kunnen nemen van zestigplussers."

Advies over bevolkingsonderzoek

Jansen neemt afscheid van de universitaire wereld in het besef dat hij zijn bijdrage aan de wetenschappelijke ontwikkeling heeft geleverd. Hij heeft 55 promovendi begeleid. De laatste promoties zijn in de afrondende

fase. Hij heeft zijn afdeling uitgebouwd tot een team van acht MDL-artsen en zeven assistenten (dat waren er in 1991 drie en twee). Hij heeft bijgedragen aan een waardevolle plaats van de biochemie naast het klinische onderzoek. Hij wilde biochemicus worden, maar koos voor de geneeskunde omdat de vooruitzichten daar beter waren. Zijn promotieonderzoek had betrekking op maag-darmhormonen. Hij heeft – samen met Joost Drenth – het gen ontdekt dat de levercyste veroorzaakt (dankzij een grote familie waarin deze kwaal veel voorkwam). Hij zat in de commissie die de Gezondheidsraad van advies diende over het bevolkingsonderzoek naar darmkanker. "Het is mooi dat ons advies één-op-één is overgenomen. Het is nog mooier dat de testmethode die daarvoor is ontwikkeld, door steeds meer landen in Europa wordt gevolgd."

ANNE-MARIE TJHIE-WENSING
(ELKERLIEK):

'Het is geweldig dat Jan Jansen ons komt helpen'

Het Elkerliek ziekenhuis in Helmond kampt al lange tijd met onderbezetting op de afdeling MDL. Door het vertrek van Erik Keulen naar Sittard werd het probleem alleen maar nijpender. Het gevolg is dat patiënten uit de regio noodgedwongen naar andere ziekenhuizen worden verwezen. Door een toevallig contact vernam Anne-Marie Tjhie-Wensing dat Jan Jansen beschikbaar was.

"Ik had zo mijn aarzelingen over dat aanbod, omdat een hoogleraar toch meer aan de kant van onderwijs en wetenschap zit. Uit mijn studietijd weet ik dat hoogleraren soms ver van het bed komen te staan. Onze nieuwe collega moest juist goed inzetbaar zijn in de poli."

Toen het maar niet lukte om na de komst van een Belgische MDL-arts ook de laatste vacature te vervullen, maakte Anne-Marie Tjhie toch een afspraak met Jan Jansen. "Hij was ontzettend gemotiveerd voor deze functie. Hij wil de laatste jaren juist graag patiëntenzorg doen en meedraaien in de poli. Het is geweldig dat hij ons komt helpen."

Kwaliteitszorg

Door de werkdruk heeft de afdeling MDL van het Elkerliek een aantal zaken op het gebied van kwaliteitszorg moeten laten liggen. "We waren 's avonds al blij als we alle patiënten hadden kunnen helpen. Er moet hier nog het nodige worden gedaan aan protocollen en aan het follow-up-systeem voor onderzoeken naar dikkedarmkanker. Nu we op sterkte komen, krijgen we daar hopelijk tijd voor. We willen graag profiteren van de kennis en ervaring van Jan Jansen op dit gebied."

Of de werkdruk echt gaat verminderen, durft Anne-Marie Tjhie niet te voorspellen. "Dat hangt vooral af van hoe het patiëntenaanbod zich ontwikkelt, nu we niet meer hoeven door te verwijzen."



HUMIRA[®]

adalimumab

- **Betrouwbaarheid^{1,2}**
- **Veiligheid³**
- **Vrijheid**



 **Abbott**
Immunology

1. Colombel JF, et al. The CHARM trial, Gastroenterology 2007

2. Colombel JF, et al Adalimumab for the treatment of fistulas, GUT 2009

3. Burmester et al, Adalimumab safety and mortality rates, Ann Rheum Dis 2009

STROOPTOCHT NAAR DRIE MDL-ARTSEN

‘Friesland kan ‘t schudden’

Bij de receptie van het ziekenhuis Nij Smellinghe in Drachten ligt *de Telegraaf* opengeslagen op pagina drie. Minister Klink krijgt daarin alle ruimte voor zijn ‘inktzwarte scenario dat over vijftien jaar werkelijkheid wordt als er niet meer marktwerking in de zorg komt’. Dan dreigt een groot tekort aan medewerkers en groeit daarmee de groep patiënten die niet meer op tijd geholpen kan worden. Dat scenario is al realiteit voor de MDL-praktijk in een groot aantal ziekenhuizen. Bijvoorbeeld in Nij Smellinghe.

Door een samenloop van omstandigheden vertrekken dit jaar drie van de vier MDL-artsen van Nij Smellinghe, een streekziekenhuis in Drachten (ruim driehonderd bedden, duizend medewerkers en een verzorgingsgebied met 120.000 inwoners).

Aantrekkelijk aanbod

Cees Meijer, directeur van het ziekenhuis, had alle tijd om nieuwe MDL-artsen te werven. Hij heeft ook een héél aantrekkelijk aanbod: een modern ziekenhuis, met ‘state of the art’-voorzieningen, een groeiende MDL-praktijk, geen financiële problemen en dus voldoende geld om te investeren in nieuwe ontwikkelingen en apparatuur, op alle onderdelen gecertificeerd of geaccrediteerd (waaronder twee NIAZ-accreditaties), een hoge score met patiënttevredenheid, het voorkeursziekenhuis van twee grote zorgverzekeraars, een platte organisatie, een prettige werkomgeving, een informele sfeer, gemotiveerde en gedreven medewerkers.

“Mensen werken hier graag, omdat wij in hen investeren. Dat zie je terug in de kwaliteit van hun werk”

Nij Smellinghe maakt het werk van de MDL-specialist bovendien een stuk makkelijker. “We werken op de afdeling MDL sinds kort met een physician assistant die professionele ondersteuning biedt en veel medisch routinewerk kan overnemen”, zegt Nely van Zweeden, hoofd Personeel en Organisatie. Ook het sociaal beleid van het ziekenhuis is een belangrijke overweging om voor Nij Smellinghe te kiezen. “Mensen werken hier graag, omdat wij in hen investeren en zij veel verantwoordelijkheid in hun werk krijgen. Er staan hier OK-medewerkers in de rij om bij ons op de OK te kunnen werken. Die betrokkenheid zie je terug in de zorg voor de patiënt, de kwaliteit van het werk en in het zeer lage ziekteverzuim.”

Waar zijn de kandidaten?

Allemaal pluspunten dus. Maar kandidaten voor de drie vacatures kwamen er niet, ook niet na het inschakelen van searchbureaus en persoonlijke contacten met hoogleraren en universiteiten. “Friesland ligt in de beleving heel ver”, zegt Cees Meijer. “Ik kan daarover meepraten. Ik ben hier gekomen met de afwachterende instelling: leuk voor een paar jaar. Maar dat is nu achttien jaar geleden. Laat MDL-artsen die hun kinderen eigenlijk niet in de Randstad willen laten opgroeien, mij maar bellen. Ik zal hun vertellen dat Friesland voor hen een ideale omgeving is.”



Cees Meijer, directeur van Nij Smellinghe in Drachten: “Laat MDL-artsen die hun kinderen niet in de Randstad willen laten opgroeien, mij maar bellen.”

Friesland kan het schudden

Het ziekenhuis voelt duidelijk de negatieve gevolgen van het rigide opleidingsbeleid van de overheid. Zo groeit het schrikbeeld van een MDL-maatschap zonder maatschapsleden. “Het vooruitzicht dat wij het in Friesland kunnen schudden, was voor mij juist een stimulans om door te gaan met zoeken.”

De oplossing kwam uit Duitsland: twee Duitse MDL-artsen gaan in Nij Smellinghe werken. Met een derde loopt het overleg nog. “Het is een oplossing, maar wel één voor de korte termijn”, zegt Cees Meijer. “In feite schuiven we het probleem door naar volgend jaar. Dan moeten deze artsen Lees verder op pagina 9.

Leerboek leverziekten legt revolutionair veranderde inzichten vast

Het leerboek *Leverziekten* is geboren! Een fikse bevalling was het: de ontwikkeling van het boek heeft meerdere jaren gekost en vele auteurs hebben er hard aan gewerkt. Het boek dat nu tot stand is gekomen, is niet alleen nuttig voor studenten, fellows en arts-assistenten, maar ook voor MDL-artsen, internisten en alle andere hepatofielen. Alle academische ziekenhuizen werkten mee. Mijn mede-redacteuren Joost Drenth en Bart van Hoek verdienen hier absoluut vermelding.

Het leerboek *Leverziekten* is tijdens de najaarsvergadering 2009 met veel verve gepresenteerd aan de Nederlandse Vereniging voor Hepatologie in Veldhoven.

In de afgelopen jaren is binnen de hepatologie veel onderzoek verricht. Dit heeft geleid tot revolutionair veranderde inzichten, waardoor de diagnostiek van leverziekten aanzienlijk is verbeterd. Ook de progressie die is geboekt in de behandeling van leverziekten, is enorm. Deze grote en recente vooruitgang op diagnostisch en therapeutisch gebied maakt een goede, actuele leidraad voor de klinische praktijk des te meer noodzakelijk. In het leerboek zijn de ontwikkelingen van de afgelopen jaren samen-

gebracht. Naast algemene hoofdstukken als anatomie, histologie, functies en onderzoeksmethoden worden diagnostiek en behandeling van alle veelvoorkomende leveraandoeningen beschreven, en daarnaast tal van de meer zeldzame aandoeningen. In afzonderlijke hoofdstukken wordt aandacht besteed aan voeding en leverziekten, zwangerschap, levertransplantatie en operatierisico's bij leverziekten. Het boek biedt een mooi overzicht van de volle breedte waarin het vak binnen het Nederlandse taalgebied wordt uitgeoefend en slaat een brug tussen enerzijds het basaal en klinisch leveronderzoek en anderzijds het klinisch handelen. Aangezien er in tientallen jaren al geen groot leerboek voor leverziekten in de Nederlandse taal meer is verschenen, is de komst van dit leerboek *Leverziekten* een absolute mijlpaal. Mijn advies is dus: zo snel mogelijk kopen! Hopelijk gaat het boek ook worden gebruikt in de curricula van de verschillende universiteiten in Nederland. Het is van eminent belang dat met name jonge klinici zich voelen aangetrokken tot de leverziekten en velen daarin hun toekomst zoeken!

Harry Janssen, Erasmus MC, Rotterdam

Baraclude®: Helps hold back resistance year after year in nucleos(t)ide analogue (NA)-naïve patients up to Year 5^{1,2}

Baraclude® for NA-naïve chronic hepatitis B patients^{2,3}

Effective viral suppression and a high genetic barrier protects against resistance long-term^{2,4}

Undetectable viral load* achieved in 93% of a 5-year treatment** cohort† of Baraclude-treated NA-naïve patients (n=108)²

<1% virological breakthrough†† due to genotypic Baraclude resistance§ in NA-naïve patients§§ from a treatment‡ cohort‡‡ up to Year 5¹

*HBV DNA measured using Roche COBAS Amplicor® PCR assay (LLOQ=300 copies/mL). **Patients enrolling in the open-label rollover cohort Trial 901 for long-term efficacy analysis initially received a combination of Baraclude 1mg and lamivudine 100mg daily. Subsequently the protocol was amended for patients to receive monotherapy with Baraclude 1mg daily. †The Baraclude-treated NA-naïve cohort consisted of 108 patients at Week 240, initially treated in Trials 022 (HBeAg-positive patients, n=103) and 027 (HBeAg-negative patients, n=5) who were subsequently enrolled in the open-label rollover cohort Trial 901. ††Virological breakthrough defined as $\geq 1 \log_{10}$ increase from nadir by PCR. ‡Calculated as the cumulative probability through 240 weeks. ‡‡All nucleoside-naïve patients with detectable HBV DNA (≥ 300 copies/mL) at Week 48, Week 96, Week 144, Week 192, Week 240 or end of treatment were monitored for resistance. §Different dosing regimen after 96 weeks; for more information please refer to SPC. §§The Baraclude-treated NA-naïve resistance cohort consisted of 663, 278, 149, 120 and 108 patients at Week 48, 96, 144, 192 and 240, respectively, initially treated in Trials 022 (HBeAg-positive patients) and 027 (HBeAg-negative patients) who were subsequently enrolled in the open-label rollover cohort Trial 901.

 Bristol-Myers Squibb

Please see prescribing information overleaf.

 **Baraclude**
tenofovir disoproxil fumarate
Standing strong against resistance
in NA-naïve patients

MDL dringt door tot hoofdredactie NTvG

Wat doet een MDL-arts in de hoofdredactie van het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (NTvG)*? Deze vraag is me de afgelopen maanden vaker wél dan niet gesteld. Sinds 1 oktober 2009 ben ik samen met prof. Peter de Leeuw, internist uit het UMC Maastricht en dr. Joost Zaat, huisarts te Purmerend, lid van de hoofdredactie van 'het Tijdschrift'.

Het *NTvG* is het oudste (1857) nog verschijnende medische tijdschrift van vaderlandse bodem. Het oogmerk van het tijdschrift is om kennis van de geneeskunde te bevorderen door tijdige publicatie van belangrijke ontwikkelingen op het gebied van geneeskunde en de gezondheidszorg in Nederland. Het stond bekend als een degelijke, maar wel wat saaie, bron van medische kennis. In 2009 is de grijze jas uitgetrokken en is het *NTvG* meegegaan met de nieuwste ontwikkelingen. Er is een website die dagelijks wordt verversd en de papieren versie is compacter, sneller en actueler geworden.

Wat veel lezers nog niet weten is dat het

NTvG een *web-only* tijdschrift is. Alle geaccepteerde artikelen worden gepubliceerd op het web (www.ntvg.nl) en een selectie ervan verschijnt in de papieren versie die elke zaterdag op de mat valt.

Als adjunct-hoofdredacteur zit je als een spin in het web en komt al het geneeskundige nieuws met een oranje vlaggetje aan je neus voorbij. Er wordt erg veel en goed onderzoek verricht in ons land en we doen hiervan graag verslag. Het aanbod aan manuscripten is dan ook hoog en we besteden erg veel tijd om zorgvuldig het kaf van het koren te scheiden. Vooral de rubrieken 'klinische les' en 'casuïstiek' zijn erg populair. Natuurlijk is het niet leuk om nee te zeggen tegen een auteur, maar het bewaken van kwaliteit en leesbaarheid is heilig. Er komt veel MDL langs en het is inspirerend om te zien dat er ook veel aanbod is uit de perifere klinieken. Vaak is het casuïstiek, maar ook het originele onderzoek ontbreekt niet. Vrijwel alle manuscripten worden eerst door een sectieredacteur beoordeeld, die zich laat bijstaan door enkele referenten. Voor manuscripten op MDL-gebied is prof. Peter Janssen de sectieredacteur. Hoe kom je als auteur nu in 'het Tijdschrift'?

De meeste kans maken de manuscripten die, mede doordat ze vlot geschreven zijn, veel artsen aanspreken. Het is de kunst om ook lezers buiten het specifieke vakgebied te interesseren voor je artikel. Als hoofdredactie zijn we altijd op zoek naar nieuwe ideeën voor artikelen. Via onze website kun je een presubmissieverzoek indienen. We zijn steeds op zoek naar manuscripten die een goed overzicht geven van nieuwe ontwikkelingen binnen een vakgebied.

Waarom ik 'ja' heb gezegd tegen het redacteurschap? Ik vind het geweldig een artikel samen met de auteur te verbeteren en zo tot publicatie te brengen. Voor veel auteurs is het *NTvG* het eerste tijdschrift waarin ze publiceren, en een goed begin is het halve werk. Daarom een tip. Voordat je het verhaal over je laatste patiënt vlotjes opschrijft, lees eerst eens hoe je dat het beste aanpakt.^(1,2)

Joost P.H. Drenth, MDL-arts,
UMC Nijmegen

De referenties bij dit artikel staan op www.mdl.nl/download_magma.

Vervolg van pagina 7.

de beslissing nemen of zij willen toetreden tot de maatschap en zich in Nederland willen vestigen. Wat als zij dan 'nee' zeggen? Vacatures zullen een zorg blijven zolang de opleidingsmogelijkheden niet worden verruimd en zolang in Den Haag het beleid wordt bepaald door mensen die ver afstaan van de praktijk in een ziekenhuis."

Die afstand met de beleidsbepalers heeft Nij Smellinghe ook als pijnlijk ervaren bij de spoedeisende hulp. Daaraan moeten ziekenhuizen veel meer aandacht besteden, heeft

het ministerie van Klink duidelijk kenbaar gemaakt. Dat klonk Cees Meijer als muziek in de oren, want er zijn in Drachten maar liefst zes vacatures voor artsen voor spoedeisende hulp. "De vijftig beschikbare opleidingsplaatsen zijn centraal verdeeld. Er ging er niet één naar Friesland, Groningen en Drenthe. We hebben als ziekenhuis toen aangeboden om de opleiding zelf te doen en zelf te betalen. De reactie uit Den Haag was: 'Dat kunt u doen, maar de diploma's erkennen we niet'..."

Vergrijzing

Nij Smellinghe gaat uit van een groeiende praktijk. "Mensen worden ouder en dat levert onvermijdelijk meer MDL-problemen op", zegt Cees Meijer. "Veel Friezen die buiten de provincie zijn gaan werken, zoeken na hun pensionering bovendien hun roots weer op. Dit gebied, met Beetsterzwaag, is een favoriete streek om naar terug te keren. Daardoor is de vergrijzing hier nog groter dan in de rest van Friesland."



de vijf

dimensies van Pentasa bij colitis ulcerosa



Pentasa
de enige sachet
2g 1 x dags
als onderhouds-
behandeling



PENTASA 5 FACTOREN, 1 DOEL: REMISSIE

effectiviteit

therapietrouw

breed assortiment

ervaring

ondersteuning

Naam van het geneesmiddel: Pentasa®. Kwalitatieve en kwantitatieve samenstelling: Pentasa tablet met verlengde afgifte bevat 500 mg mesalazine, granulaat met verlengde afgifte bevat 1 of 2 g mesalazine, suspensie voor rectaal gebruik bevat 1 g mesalazine per 100 ml, zetpil bevat 1 g mesalazine. Therapeutische indicaties: Oraal: ter behandeling van lichte tot matige vormen van colitis ulcerosa en de ziekte van Crohn, zowel in de acute fase als ter voorkoming van recidieven hiervan. Suspensie voor rectaal gebruik: proctitis, proctosigmoiditis en linkszijdige colitis. Zetpil: proctitis. Dosering en wijze van toediening: Aan te passen aan de ernst van de ziekte. Volw. en oudere kinderen: Oraal: Colitis ulcerosa acute fase: max. 4 g per dag in meerdere doses. Onderhoudsbehandeling: 2 g per dag. Ziekte van Crohn acute fase: 2-4 g per dag verdeeld over meerdere doses. De dosering kan naar gelang het ziekteverloop geleidelijk vermindert worden tot 2 g per dag. Bij maagklachten tabletten/sachets tijdens of vlak na de maaltijd innemen. Pentasa kan met wat water of yoghurt ingenomen worden. Het granulaat mag niet gekauwd worden. Suspensie voor rectaal gebruik: 1 flacon suspensie iedere avond voor het slapen gaan, gedurende twee tot vier weken. Zetpil: 1-2 maal daags 1 zetpil via de anus. Bij gevoelige anus is het aan te raden de zetpil vóór het inbrengen glad te maken met een beetje water. Contra-indicaties: Overgevoeligheid voor mesalazine of overige bestanddelen van het product, of voor salicylzuurderivaten. Ernstige lever- en/of nierfunctiestoornissen. Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik: Voorzichtig bij patiënten met bekende overgevoeligheid voor sulfasalazine en met een verminderde leverfunctie. Bij verminderde nierfunctie niet aanbevelen. De nierfunctie regelmatig controleren met name in het begin van de behandeling. Bij cardiale overgevoeligheidsreacties en ernstige bloedbeeldafwijkingen de behandeling staken. Bijwerkingen: Na rectale toediening kunnen lokale reacties, zoals pruritus, rectaal ongemak en aandrang optreden. Verder komt vaak voor: hoofdpijn, diarree, buikpijn, misselijkheid, braken, huiduitslag inclusief urticaria. Zelden tot zeer zelden: myo- en pericarditis, pancreatitis, bloedbeeldafwijkingen allergische longreacties, hepatotoxiciteit, lupus erythematosus-achtige reacties, abnormale nierfunctie. Registratiehouder: Ferring B.V., Postbus 184, 2130 AD, Hoofddorp. Registratienummers: Tabletten onder RVG 14797, Granulaat onder RVG 18706 (1 g) en RVG 31379 (2 g), Suspensie voor rectaal gebruik onder RVG 11782, zetpil onder RVG 15064. Afleverstatus: UR.

Rijnstate kiest voor physician assistants

Sinds september 2008 leidt de afdeling MDL van Ziekenhuis Rijnstate twee physician assistants op. De continuïteit van invulling van de functie van afdelingsarts staat al enige tijd onder druk. Het beroep op onervaren AIOS neemt noodgedwongen toe, terwijl deze door uitbreidende onderwijsactiviteiten steeds minder continuïteit van zorg kunnen bieden. Physician assistants, met een hbo-masteropleiding, zouden als 'arts-assistent' de continuïteit en hoogwaardige zorg op de afdeling moeten waarborgen. De ziekenhuisorganisatie en de opleidingscommissie hebben zich daarom gecommitteerd aan de physician assistant-opleiding in onze kliniek.

De opleiding tot physician assistant duurt twee en een half jaar en wordt voor onze physician assistants verzorgd door de Hogeschool Arnhem Nijmegen (HAN). Voor toetreding is hbo-niveau vereist evenals enkele jaren praktijkervaring. Na zorgvuldige selectie hebben wij uit een grote groep enthousiaste kandidaten twee uitstekende mensen geselecteerd. Ebelen Brons heeft jaren als diëtiste op onze verpleegafdeling gewerkt en Christel Schröder is verpleegkundige met diabetes- en medium care-aantekening.

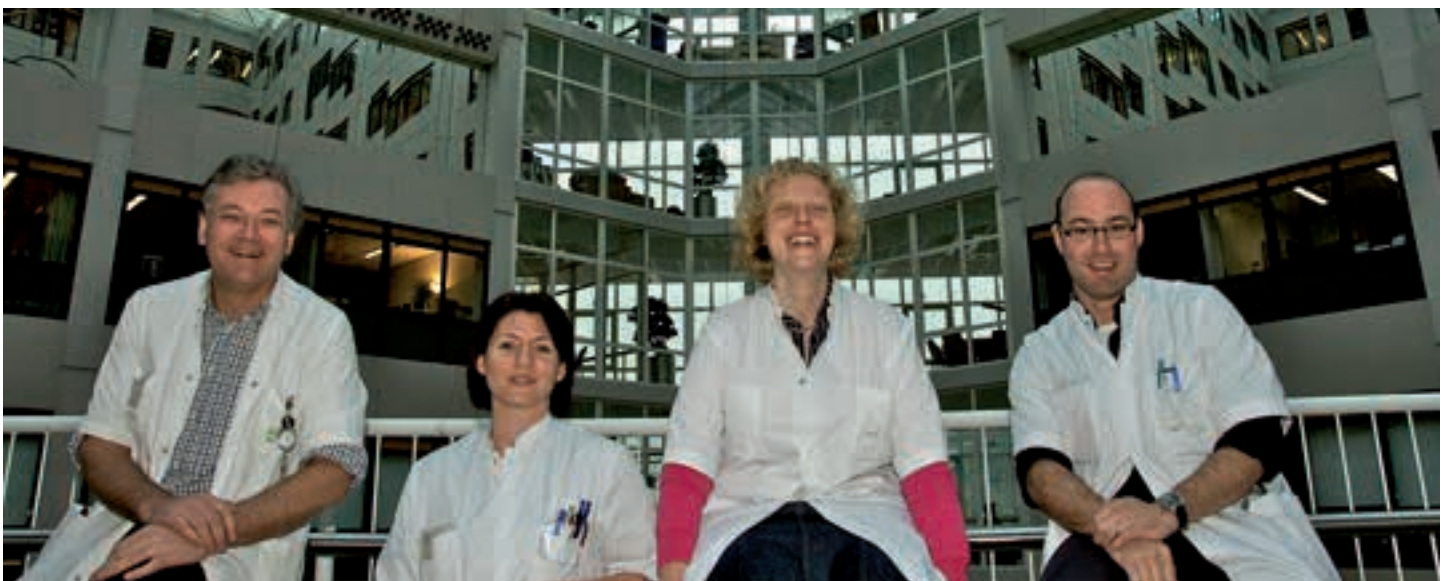
De opleiding bestaat uit een algemeen én een MDL-specifiek deel. Het algemene deel

behelst de basisvaardigheden anamnese, lichamelijk onderzoek, differentiaal-diagnostisch denken en medisch redeneren met basiskennis over het gehele medische domein. De PA-i.o. volgt stages op verschillende afdelingen in het ziekenhuis, zoals interne geneeskunde, chirurgie, SEH, ICU. Daarbij horen stageopdrachten, projecten en een (klein) wetenschappelijk onderzoek. Het MDL-specifieke deel bestaat uit verdieping van medisch-inhoudelijke kennis van ziektebeelden, diagnostiek en behandeling. Daarnaast (zelf)studie en praktijkstages op de klinische afdeling, waarin ook aandacht voor samenwerking en communicatie. Wij hebben ervoor gekozen onze physician

assistants primair op te leiden voor de klinische zorg op de afdeling. Dit betekent: een zo breed mogelijke opleiding en een goede training in het klinisch redeneren en handelen. In de toekomst zal hun werk zich wellicht kunnen uitbreiden naar de afdelingen polikliniek en endoscopie.

Door direct te starten met twee physician assistants, bevorderen we de kans op een succesvolle afronding van hun opleiding. Ebelen en Christel hebben ieder een MDL-arts als mentor en begeleider en vanuit de ziekenhuisorganisatie is een onderwijscoördinator aangewezen. Om de week wordt één dagdeel MDL-onderwijs gegeven. Op deze manier verwachten we dat onze physician assistants in de toekomst voldoende bagage hebben om onder supervisie van de MDL-arts bij te dragen aan de topklinische MDL-zorg. Onze enthousiaste physician assistants zijn inmiddels niet meer weg te denken uit onze groep en blijken een waardevolle aanvulling.

Marcel Spanier en Peter Wahab, Ziekenhuis Rijnstate, Arnhem



V.l.n.r.: Peter Wahab, Christel Schröder, Ebelen Brons en Marcel Spanier.

CVZ-advies dieetpreparaten 'onzorgvuldig en voorbarig'

Het College van Zorgverzekeraars (CVZ) wil de vergoeding op bijvoeding van patiënten middels dieetpreparaten dit jaar afschaffen, zo blijkt uit hun concept-pakketadvies van 14 januari jongstleden. Bij diëtisten, specialisten, huisartsen, maar ook bij het Ministerie van VWS is dit nieuws ingeslagen als een bom.

Minister Klink besloot op advies van CVZ in 2008 tot een modernisering van de aanspraak op dieetpreparaten. Een koppeling met de Richtlijnen voor bijvoeding werd gemaakt. De minister gaf aan dat hij de financiële consequenties over 2009 zou evalueren. Het wekt daarom verbazing dat nog geen twee jaar na het vorige advies ineens een negatief advies volgt, zonder financiële evaluatie én zonder een evaluatie van de medische- en gezondheidseconomische effecten.

Het nieuwe conceptadvies van CVZ is onzorgvuldig en voorbarig. Alle recente onderzoeken met betrekking tot de inzet van dieetpreparaten in de praktijk rechtvaardigen de handhaving van de verzekeringsaanspraak. De gezondheidseconomische effecten van dieetpreparaten leveren een substantiële bijdrage aan de efficiency in de zorg, terwijl de kwaliteit van het bestaan van een aanzienlijke groep kwetsbare patiënten sterk wordt verbeterd. De zorgvorm voldoet aan alle pakketcriteria die het CVZ normaliter hanteert. Alternatieve financiering voor dieetpreparaten via gemeenten is geen begaanbare weg.

Aan het conceptadvies ontbreken zowel de feitelijke als de juridische gronden. De informele reacties van betrokkenen op VWS suggereren dat ook zij ongelukkig zijn met dit advies. Wij hopen dan ook dat de minister stelling neemt.

De NIV, NVMDL, NVGIC, NVGE, Stuurgroep Ondervoeding en de Nederlandse Diëtisten Vereniging hebben in een gezamenlijke brief aan het College van Zorgverzekeraars hun verontrusting laten blijken.

Prof. dr. Chris J.J. Mulder, VUmc

CAPACITEIT

NVMDL-ENQUÊTE 2009

Vacaturenood

Eind 2008/begin 2009 werden in *Medisch Contact* en *MAGMA* de resultaten gepubliceerd van de eerste enquête over de ontwikkelingen op de arbeidsmarkt voor MDL-artsen. Deze enquête heeft geleid tot veel discussie binnen het Capaciteitsorgaan en op de Ministerie van VWS, met als uiteindelijk resultaat een toename van het aantal opleidingsplaatsen tot 35 in 2010 en 2011. Voor de discussie met het Capaciteitsorgaan blijft een goed overzicht van huidige en toekomstige vacatures van belang. Tijdens de halfjaarlijkse ledenvergadering van de NVMDL in oktober 2009 startten we daarom een nieuwe enquête.

De laatste vijftien jaar is sprake van een snel groeiend aantal maag-darm-leverartsen (MDL-artsen). De MDL-opleidingscapaciteit breidde zich eveneens uit. Landelijk zijn nu in totaal 96 aiOS bezig met de opleiding. Ondanks deze groei van MDL-artsen en aiOS is het aantal vacatures de afgelopen jaren snel gestegen.^{1,2} In de vorige enquête lieten we zien dat er in 2008 57,4 vacatures waren, waarbij in 54% van de gevallen geen kandidaat te vinden was. Het verwachte tekort in 2012 aan MDL-artsen zou 78 fte bedragen.

Methode van onderzoek

95 ziekenhuizen in Nederland zijn aangeschreven. De brief was gericht aan het hoofd van de MDL-afdeling dan wel van de Inwendige Geneeskunde. Gevraagd werd naar:

- het aantal MDL-artsen en internisten als mede het aantal vacatures in 2009;⁴
- het verwachte aantal vacatures in 2010 tot 2013 en het mogelijke aandachtsgebied;
- het verwachte aantal MDL-artsen in het ziekenhuis in 2014;
- het aantal scopiërende internisten in de periode 2007–2009;

- het aantal MDL-aiOS in 2009;
- het aantal aiOS dat zich in 2009/2010 registreert en nu reeds een baan als MDL-arts heeft verkregen.

Resultaten

Van de 95 ziekenhuizen repondeerden er 90. De vijf niet-respondenten betroffen ziekenhuizen zonder MDL-arts. Het aantal MDL-vacatures bedroeg in 2009 61,4 fte. De ziekenhuizen melden dat er in 2010 58,7 fte vacatures zullen zijn; vervolgens 31,3 fte in 2011, 26,4 fte in 2012 en 23,4 in 2013 (totaal 139,8 fte in de aankomende vier jaar). Voor een belangrijk deel vanwege pensionering (35,3 fte) (*figuur 1*). In 2014 verwachten de ziekenhuizen 491,6 fte MDL-artsen nodig te hebben. Het aandachtsgebied van deze vacatures betreft met name allround MDL-artsen (48%), deels hepatologie (20%) en maar zeer beperkt interventie (11%), oncologie (10%) en motiliteit (10%).

In tegenstelling tot vorig jaar zijn de aiOS MDL die in 2010 de opleiding afronden, voorzichtiger met reeds jaren van tevoren zich vast te leggen. Was in december 2008 reeds 76% in bezit van een baan, nu geldt

voor de mensen die in 2010 de opleiding afronden, dat in december 2009 'slechts' 50% weet waar hij na de opleiding zal starten (*figuur 2*).

De vacatures zijn overal te vinden, sommige provincies blijven echter zwaarder getroffen. In Zuid-Holland worden nog steeds 14,8 fte gezocht (24%), Noord-Holland en Gelderland met respectievelijk 11,8 fte en 13 fte stijgen fors (vorig jaar 5,6 en 4 fte). In Noord-Brabant daalt daarentegen het aantal vacatures van 12 naar 3 fte (5%). Ook academische ziekenhuizen zien een stijging in het aantal vacatures van 9,1 fte, naar 12,2 fte (*figuur 3*).

Het aantal scopiërende internisten is gestegen van 56 fte in 2007 naar 72 fte in 2009.

Verwacht tekort in 2014: 120 fte

Opnieuw laat deze enquête zien dat de behoefte aan MDL-artsen groot is.

Als we alle vacatures optellen die nu reeds bekend zijn voor de aankomende jaren, komen we cumulatief op 139,8 fte tot en met 2013. Naast de 61,6 van afgelopen jaar. Dit betekent dat – als geen van de aios de opleiding onderbreekt vanwege bijvoorbeeld zwangerschap of een buitenlandse carrière nastreeft en geen van de specialisten eerder met pensioen gaat – in 2014 het tekort aan MDL-artsen zal zijn gestegen van 78 naar 100 fte. Reëler is om te verwachten dat aios parttime gaan werken, naar het buitenland vertrekken dan wel zwanger worden en later uitstromen. Dan is het tekort al snel opgelopen tot 120 fte in 2014.

In sommige provincies is de nood extra hoog, niet alleen zoals verwacht in de landelijke regio's, maar ook in de Randstad en aan de universiteiten.

De komende jaren zien er somber uit voor de toegankelijkheid van de MDL-zorg. Veel

ziekenhuizen geven expliciet aan dat bij het invullen van de enquête nog geen rekening is gehouden met de mogelijkheid van CRC-screeningsprogramma's in de toekomst.

Hanna Telleman¹, Laurike Harlaar², Chris J.J. Mulder¹, Marie Jose van Gijtenbeek², mede namens de Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen (NVMDL)

1: Afdeling Maag-Darm-Leverziekten, VU medisch centrum, Amsterdam

2: Secretariaat Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen, Haarlem

Meer weten?

Neem contact op met Hanna Telleman, h.telleman@vumc.nl of Chris Mulder, cjmulder@vumc.nl.

De referenties en grafieken bij dit artikel staan op www.mdl.nl/download_magma.

Over Belgen en Duitsers: wie komen ons helpen?

Na de Duitsers lijken de Belgen een tweede doelgroep voor MDL-afdelingen in nood. In België floreert de MDL met 700 MDL-artsen: 300 Walen en 400 (!) Vlamingen. De vraag wordt hoe veel Belgen de komende jaren als MDL-arts de stap naar Nederland willen maken.

Na de aankomst van Guido Tytgat bijna 40 jaar geleden in Amsterdam, (e)migreerden nog enkele Belgen. Rotterdam EMC heeft de laatste jaren met twee buitenlanders het academische voorbeeld gegeven, het AMC volgde met een Duitse collega. Het lijkt erop dat deze tendens de komende jaren versterkt doorgaat.

Wat academisch kan, kunt u ook, dat laten de *Transfers* zien.

Belgische collega's van 63–65 jaar onderzoeken op verschillende plaatsen in Nederland of zij bij ons nog een paar jaar kunnen meewerken als MDL-arts. Mogelijk geeft dit enige lucht, met name aan de collegae in Zeeland. Drie Belgen startten dit jaar in Nederland en met twee à drie wordt op dit moment gepraat.

Brengt dit u op ideeën? De Vlaamse Vereniging voor Gastro-enterologie heeft zijn congres volgend jaar in het laatste weekend van november in Antwerpen. Als NVGE-lid bent u ook buitengewoon lid van de VVGE. Een goede investering wellicht!

Chemotherapie wordt in Vlaanderen beschouwd als een onderdeel

van de digestieve oncologie binnen de MDL. Ik stel voor dat een aantal enthousiaste MDL-artsen in opleiding het rugzakje met geld gaat gebruiken om – bijvoorbeeld in Antwerpen bij Marc Peeters – de digestieve oncologie te leren en hun kennis en ervaring mee terug te nemen naar Nederland. En Leuven is geïnteresseerd in Nederlandse OIO's voor hepatologie en IBD. De TGV maakt het binnenkort mogelijk om vanuit de Randstad dagelijks heen en weer te reizen...

Aan de andere zijde van ons land, in Duitsland, komt men veel artsen tekort. Andreas Koehler, voorzitter van de Duitse KBV, schat dit Duitse tekort op 3500 in 2010. Voor Nederlandse basisartsen loont het de moeite om net over de grens in opleiding te gaan. Als men dan maar wel weer terugkomt!

Het blijft een wonderlijke gang van zaken. In Nederland praten we over het opleiden van extra artsen om minder afhankelijk te worden van het buitenland. Een deel van de Duitse MDL-artsen in Nederland is via een uitzendconstructie in onze ziekenhuizen ondergebracht. Dit lijkt een ongewenste situatie. Wat gaan we doen om hen te behouden?

Chris Mulder

JACQUES BERGMAN (AMC) OVER SPECIALISATIE EN DIFFERENTIATIE IN DE ENDOSCOPIE

‘De structuur is er – nu de keuzes nog’

MDL heeft een goede structuur om gericht uitvoering te geven aan een basiszorg endoscopie waarvan de kwaliteit gewaarborgd is door opleiding en visitatie. In vervolg daarop aan differentiatie/specialisatie en bijzondere verrichtingen. Dat begint in de opleiding, die nu veel meer ruimte biedt voor specialisatie van aankomende MDL-artsen en waarin de eindtermen voor de endoscopist zijn vastgelegd. Op maatschapsniveau moeten MDL-artsen vaststellen welke geavanceerde endoscopische verrichtingen zij voor hun rekening nemen. Voor bijzondere verrichtingen die weinig voorkomen, moeten ziekenhuizen gezamenlijk bepalen hoe zij die zorg gaan organiseren, de kwaliteit vaststellen en bewaken.

“**H**et uitwerken van die structuur is vooral een zaak van weloverwogen keuzes maken. Vanuit het besef dat we niet alles in één keer op de schop kunnen nemen en veranderen”, zegt Jacques Bergman van het AMC. In de opleiding heeft een verschuiving plaatsgevonden van de basisopleiding interne geneeskunde naar specialisatie als MDL-arts: dat is een goede zaak. Daarnaast zijn in het herstructureringsplan opleiding MDL-arts (HOM) opleidingseisen vastgelegd met een laatste jaar waarin een keuze moet worden gemaakt uit vier specialisaties: verdere bekwaliging in geavanceerde endoscopische verrichtingen is er daarvan één. “De assistent moet aan de hand van een portfolio laten zien wat hij heeft gedaan en hoe goed hij daarin is. In die structuur moeten we duidelijk zijn naar assistenten en keuzes niet uit de weg gaan: welke onderdelen van het vak liggen hen goed, welke kant kunnen zij beter niet opgaan? Die regie is nodig om aan de kwaliteitseisen te kunnen blijven voldoen, maar ook om te voorkomen dat je straks met een overaanbod aan interventie-endoscopisten zit.”

Ook zittende MDL-artsen worden beoordeeld als onderdeel van de visitatie van het ziekenhuis. Zij krijgen een ‘certificaat

endoscopie’ als zij aantoonbaar voldoen aan de ‘eindtermen voor de endoscopist’. “Op dat punt valt er volgens mij toch nog het nodige te bereiken”, constateert Bergman. “De eisen zijn meer gebaseerd op haalbaarheid dan op kwaliteit. Als je dertig ERCP’s per jaar doet, dan voldoe je aan de eisen. Dat komt neer op één ERCP in de veertien dagen. Dat is echt te weinig om een gespecialiseerde techniek te beheersen en in de vin- gers te houden. Naar mijn mening zijn minimaal tachtig verrichtingen per jaar nodig om je vaardigheden op peil te houden.”

Differentiatie in de praktijk

Om alle nieuwe ontwikkelingen in het vak te kunnen volgen en toepassen, zijn maatschappen van enige omvang noodzakelijk. “Binnen die maatschap moet in overleg worden vastgesteld wie wat gaat doen. Differentiatie is in de praktijk het afvinken van geavanceerde endoscopische verrichtingen zoals vlakke colonpoliepen, ERCP’s en EUS-FNA en bepalen wie van de specialisten daarvoor de verantwoordelijkheid neemt. Dat is de tweede laag van verrichtingen die de meeste ziekenhuizen zouden moeten bieden, maar niet iedere MDL-arts hoeft te beheersen. Dat is een voortdurend proces. Wat bijzondere verrichtingen waren

toen ik begon, is nu een onderdeel van het basispakket. We hebben een goede input van nieuwe ontwikkelingen. Daaruit moet je een keuze maken en ruimte creëren om die toepasbaar te maken in de praktijk. Differentiatie is antwoord geven op een groot aantal vragen. Wat is de behoefte in de praktijk, wat vergt het aan opleiding, wetenschappelijk onderzoek of wetenschappelijke onderbouwing, wat moet je investeren in techniek en apparatuur? Als je zo een endoscopische verrichting hebt ontwikkeld, komt het moment dat je het moet opnemen

De keuzes

In de opleiding tot MDL-arts moet de assistent voor het laatste jaar een specialisatie kiezen: hepatologie, oncologie, neurogastro-enterologie en motiliteit of geavanceerde endoscopie. De populariteit van de endoscopie maakt selectie van geschikte kandidaten voor de specialisatie geavanceerde endoscopie onvermijdelijk.

Ook binnen bestaande maatschappen dienen keuzes te worden gemaakt: wie doet de ERCP’s, wie doet de endosonografieën en wie verwijderd de grote colonpoliepen? Voor welke verrichtingen verwijzen we patiënten naar elders? Ten slotte zijn er verrichtingen die niet in elk centrum dienen te worden toegepast en waarvoor idealiter gemeenschappelijke opleiding en samenwerking tussen ziekenhuizen gewenst is. Voorbeelden hiervan zijn endoscopische resectie en ablatie van vroegcarcinomen in slokdarm en maag, necrosectomieën van pseudocysten van het pancreas, ampullectomieën, cholangioscopieën, surveillance en behandeling van patiënten met erfelijke darmtumoren.



“Wat bijzondere verrichtingen waren toen ik begon, is nu een onderdeel van het basispakket.”

in het onderliggende niveau van de zorg, zodat je ruimte vrijmaakt voor weer nieuwe ontwikkelingen.”

Vijf centra

Het derde niveau van endoscopische verrichtingen overstijgt dat van de maatschap en het ziekenhuis. Er zullen altijd verrichtingen blijven die zo weinig voorkomen dat daarvoor geen eindtermen of protocollen zijn vastgesteld. Het zou verspilling van geld en menskracht zijn als alle ziekenhuizen in die zorg zouden investeren.

Een voorbeeld van hoe deze zorg kan worden georganiseerd, zijn de vijf centra in het land voor behandeling van vroegtijdige kanker in slokdarm en maag (zie pagina 19).

“Er is een opleidingsprogramma ontwikkeld waarin uit elk centrum een MDL-arts, een patholoog en een endoscopieverpleegkundige hebben deelgenomen”, legt Bergman uit. “Vanuit die centra kun je met een kwalitatief goed aanbod de zorg aanbieden die nodig is voor de gehele vraag. De centra zijn verantwoordelijk voor de productontwikkeling en moeten het product ook onder de aandacht brengen van de ziekenhuizen, zodat de verwijzing op gang komt, en het uiteraard aanbieden. Een belangrijke taak op de lange termijn is dat nieuwe specia-

lisme integreren in de tweede laag, als specialisme in de maatschappen. Het is dus een heel dynamisch proces.”

Omslag in denken

Een gestructureerde aanpak met een basis-kwaliteit voor alle MDL-artsen en een vaste route voor verdere specialisatie vereist een omslag in het denken over het vak, betoogt Bergman.

“In de opleiding zie je dat veel status wordt ontleend aan endoscopie. Er bestaat een duidelijke voorkeur voor de geavanceerde endoscopie als specialisatie in het laatste opleidingsjaar. Daarmee moet je voorzichtig zijn, want de kwaliteit van de endoscopie verdunt als het aanbod te groot is. Die keuze zit een beetje in de aard van ons vak. Techniek spreekt ons aan. De meesten van ons vinden het interessant om nieuwe dingen te leren en nieuwe technieken toe te passen. Op congressen en dergelijke zien we prachtige demonstraties over wat er tegenwoordig endoscopisch mogelijk is. Naar mijn smaak zijn we hier soms te veel gefocust op de technische interventie zelf. Geavanceerde endoscopie is zo veel meer

“Minimaal tachtig endoscopieën per jaar om vaardigheden op peil te houden”

dan technische handvaardigheid. Een drainage van een pseudocyste is technisch misschien niet zo heel moeilijk; de crux zit hem in de selectie van de juiste patiënt, de keuze om in de maag of in het duodenum te draineren, of er wel of juist niet een transpapillaire benadering wordt gevraagd, of een spoelsysteem of debridement noodzakelijk zijn, wat te doen als de behandeling niet werkt of als er complicaties optreden. Geavanceerde endoscopie zit ingebed in een multidisciplinair kader met aanpalende specialismen en een nauwe samenwerking met specifiek in deze technieken geschoolde endoscopieverpleegkundigen. Om die diepgaande invulling te kunnen waarmaken, moet je duidelijke keuzes maken als arts, als maatschap en als ziekenhuis.”

NVMDL werft studenten op KNMG Carrièrebeurs

Op 6 februari jongstleden vond in Utrecht de tweede landelijke KNMG Carrièrebeurs plaats: een informatiemarkt voor studenten geneeskunde en basisartsen, waar alle medische vervolgopleidingen en gelieerde instanties de kans kregen zich te presenteren. Grootste trekpleister bij de NVMDL-stand was ‘de doos van Moons’: een kartonnen doos als darm, *earplugs* als poliepen en de opdracht aan het publiek om de poliepen met een fiberscoop en poliepsnaar te verwijderen. Kijk voor meer informatie op www.knmgcarrierebeurs.nl.



GERRIT DE GROOT PLEIT VOOR BEHOUD BREED GEORIËNTEERDE MDL-ARTSEN

‘Patiënten meer bieden door meer saamhorigheid in de regio’s’



Gerrit de Groot: “We kunnen alles bieden als we in de regio’s maar meer met elkaar overleggen.”

Gerrit de Groot pleit met overtuiging voor het brede MDL-specialisme. Daarmee verwerpt hij een verder gaande specialisatie niet, maar het moet geen ‘vernaauwing’ worden die de continuïteit van de zorg in voor- al de perifere ziekenhuizen bedreigt. “Mijn schrikbeeld op de lange termijn is, dat we nog meer moeite krijgen met het vervullen van vacatures als een deel van de kandidaten superspecialist is. In Beverwijk hebben wij te weinig werk voor iemand die zich gespecialiseerd heeft in hepatitis.”

“Ik begon bij het Erasmus MC met onderzoek naar acute leverziekten”, zegt Gerrit de Groot (Rode Kruis Ziekenhuis, Beverwijk). “Dat was geweldig en ik heb er veel van geleerd. Maar voor een perifeer ziekenhuis heb ik weinig aan die gespecialiseerde kennis. Daar hebben we een breed aanbod aan kennis en ervaring nodig. Specialisatie is noodzakelijk om ons verder te brengen, maar we moeten daarmee niet doorschieten.”

De waarde van een breed MDL-specialisme legt volgens Gerrit de Groot ook op een heel ander gebied gewicht in de schaal. “Die breedte laat zien dat ons vak volwassen is geworden. De eerste lijn herkent dat wel. Die verwijst rechtstreeks naar MDL-afdelingen. We zijn allang niet meer een stel veredelde endoscopisten die onder interne vallen. Maar dat beeld is nog lang niet overal de wereld uit. Het is voor onze positie goed om naar beleidsmakers, zorgverzekeraars en consumenten duidelijk te laten zien wat we als beroepsgroep te bieden hebben. Dat maakt ons een sterke partij in dat speelveld.”

Meer saamhorigheid

Breed staat voor Gerrit de Groot niet gelijk aan MDL-artsen die alles moeten kunnen.

En een ziekenhuis – perifeer én academisch – hoeft niet zelf alle mogelijkheden in huis te hebben, maar moet wel alles kunnen bieden. Ook behandelingen en technieken die tot de niches van het vak behoren.

Makkelijker gezegd dan gedaan?

“Nee, we kunnen alles bieden als we in de regio’s maar meer met elkaar overleggen. Met de perifere en de academische ziekenhuizen. Meer saamhorigheid is voor mij een belangrijke voorwaarde voor de verdere ontwikkeling van het vak. Als je elkaar kent, dan maakt dat het samenwerken met collega’s die bepaalde kennis of vaardigheden hebben, een stuk makkelijker en vanzelfsprekender.”

Doorverwijzen is nu ook al praktijk, maar niet op een structurele en georganiseerde manier. Zou dat niet leiden tot een (te) grote belasting van academische ziekenhuizen?

“Specialisatie is noodzakelijk, maar we moeten daarmee niet doorschieten”

“Als GE-oncologie niet in het MDL-pakket komt, dan vind ik dat een gemiste kans”

Gerrit de Groot: “Nee, want we belasten academische ziekenhuizen nu ook niet met behandelingen die we zelf kunnen doen. Ik denk dat je door overleg juist bijdraagt aan het behouden van ruimte voor het wetenschappelijk onderzoek en de specifieke onderwijsactiviteiten van academische ziekenhuizen. Voor het opleidingsdoel is een zeker aanbod aan bulkwerk noodzakelijk. Je kunt dat aanbod goed afstemmen op wat nodig is voor onderzoek en onderwijs.”

GE-oncologie

Gerrit de Groot maakt zich sterk om GE-oncologie bij MDL-artsen onder te brengen. Waarmee hij bedoelt dat MDL-artsen de regie voeren over het gehele traject en de eindverantwoordelijkheid houden voor de patiënt. Regie impliceert voor hem een goede samenwerking met de collega's uit de andere disciplines.

“Het is voor de patiënt heel belangrijk om één dokter als aanspreekpunt te hebben. Vooral als hij in de loop van het proces ook met een chirurg en een radiotherapeut te maken krijgt”, zegt Gerrit de Groot uit eigen ervaring. In het Rode Kruis Ziekenhuis is deze aanpak allang praktijk. “Het bevalt ons heel goed”, zegt hij. “Als ik kijk naar de groei die GE-oncologie nu doormaakt en die voorlopig doorgaat, dan zie ik dit als een kans om ons specialisme verder te ontwikkelen. Ik weet dat ik met dit idee een stortvloed aan kritiek van collega's over me afroep. Ik hoor hun reactie: ‘we hebben het al vreselijk druk, we zijn al zo onderbezet...’ Dat soort praktische overwegingen mogen geen rol spelen in een discussie over de kwaliteit van ons vak. Niet elke MDL-arts hoeft zich bezig te houden met GE-oncologie, maar als het niet in ons pakket komt, dan vind ik dat een gemiste kans. Dan missen we een stuk van de ontwikkeling in de GE-pathologie die bij ons specialisme hoort.”

ZBC lost capaciteitsprobleem niet op

Past een zelfstandig behandelcentrum bij het brede MDL-specialisme dat Gerrit de Groot voor ogen staat? De Groot is kritisch: “Je kunt het mooi verpakken, maar in wezen komt het erop neer dat een ZBC het zorgverzekeraars mogelijk maakt om dezelfde zorg elders op een goedkope manier in te kopen.

Als de kwaliteit er werkelijk beter van zou worden, dan moeten we gaan twijfelen aan het systeem van de visitatiecommissies. Die beoordelen of ziekenhuizen en ZBC's de gewenste kwaliteit leveren of niet. Ik zie daarin geen verschil tussen een ZBC en een ziekenhuis. We hebben toch geen twee kwaliteiten? Eén voor ziekenhuizen en één voor ZBC's?

Ik geloof ook niet dat ZBC's bijdragen aan het oplossen van ons capaciteitsprobleem. Je bent aangewezen op dezelfde groep specialisten. Je verschuift capaciteit, daarmee vul je niet de gaten van de vacatures. Meer gebruik van gespecialiseerde endoscopieverpleegkundigen zou daaraan wel een bijdrage kunnen leveren.

Ik kan me voorstellen dat je de activiteiten in een regio wilt uitbreiden. Dan kun je uiteraard kiezen voor een constructie met vreemd geld, met een private partij. Maar je zou ook eens kunnen nadenken over de mogelijkheid om dat in de vorm van een coöperatie met MDL-artsen te doen. Dan kun je tenminste meesturen en heb je invloed op wat daar gebeurt. Laten we vooral zelf de regie in handen houden.”



ZBC Almere: ‘Vandaag bellen, morgen helpen’

Is een zelfstandig behandelcentrum een aanslag op de functie van een ziekenhuis? Of een praktische oplossing om wachtlijsten weg te werken en straks voldoende capaciteit te hebben voor het bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker? Alfons Geraedts werkt inmiddels fulltime in het ZBC Almere. Zijn conclusie: de toekomst van MDL Nederland moet worden gezocht in samenwerking, ook met ZBC's. Nederland moet niet achterblijven bij buurlanden, waar het heel gewoon is patiënten te verwijzen naar centra buiten het ziekenhuis.

In 1995 startte Loek Winter, toentertijd radioloog in het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, het Diagnostisch Centrum Amsterdam. Aanvankelijk ging het alleen om echo- en röntgendiagnostiek. Geleidelijk aan werden de activiteiten uitgebreid met veel meer vormen van diagnostiek. Intussen is het DC Amsterdam omgevormd tot een Zelfstandig Behandel Centrum (ZBC) met vele vestigingen verspreid over het land.

Terwijl in veel van de ons omringende landen het heel gewoon is dat de huisarts patiënten voor duodenoscopie, sigmoïdoscopie of coloscopie verwijst naar centra buiten een ziekenhuis, is het in Nederland nog steeds gebruikelijk dat alle scopiën binnen de muren van het ziekenhuis plaatsvinden.

Peter van de Schaar was met zijn maatschap uit het Atrium Ziekenhuis de eerste groep die het waagde buiten de poorten van het ziekenhuis te gaan scopiëren. Dit leidde destijds tot heel wat beroering in Maastricht en omstreken. Maar het werkte: wachtlijsten bestaan niet meer in de regio Maastricht, één van de doelstellingen van het Diagnostisch Centrum. Toch stuitte men in Maastricht ook op een

aantal problemen: niet iedereen ondersteunde deze nieuwe uitdaging, en ook kreeg het primaire ziekenhuiswerk vaak prioriteit.

ZBC Almere

Alfons Geraedts stapte na ruim dertig jaar OLVG Amsterdam fulltime over naar het ZBC Almere om het endoscopisch onderzoek in een zelfstandig diagnostisch centrum verder te ontwikkelen. Geraedts: “Deze overstap ging in zeer goede harmonie met de vakgroep MDL-ziekten en de raad van bestuur van het OLVG. Een belangrijk gegeven, aangezien de absolute voorwaarde voor het functioneren als ZBC ligt in een goede samenwerking met omliggende ziekenhuizen en hun stafleden. Ik ervaar in de ZBC-praktijk, dat de samenwerking met collega-MDL-artsen niet of nauwelijks op problemen stuit. Menig raad van bestuur beschouwt de vestiging van een DC echter als een aanslag op hun ziekenhuis.”

Endoscopienood

Dat de endoscopienood in Nederland erg hoog is, bleek al gauw. Binnen zes maanden was de week gevuld met vier volle scopiedagen en bij het ontstaan van een wachtlijst wordt ook op vrijdag gescopieerd. Patiënten uit vrijwel het hele land bezoeken het ZBC

Almere. Geraedts: “Een uur reistijd heeft men liever dan acht tot twaalf weken wachten op een scopieresultaat in het ‘eigen’ ziekenhuis. Vaak vindt verwijzing plaats via wachtlijstbemiddeling van de zorgverzekeraar. Natuurlijk werkt de markt ook in Almere: de wachttijd voor endoscopisch onderzoek is in het Flevo Ziekenhuis inmiddels ook heel kort, men is efficiënter gaan werken en heeft extra scopieprogramma's ingevoerd.

We liepen wel tegen een aantal ‘logistieke’ problemen aan. We wilden niet dat patiënten op grote afstand van het ZBC drie keer – voor het intakegesprek, de scopie en het nagesprek – een verre reis moeten maken.”

Werkwijze

De huisarts faxt de aanvraag naar het ZBC, waarna de MDL-arts deze beoordeelt. Is de vraagstelling niet duidelijk, dan wordt dezelfde dag contact opgenomen met de huisarts. Is de indicatie goed, dan wordt de patiënt onmiddellijk telefonisch benaderd en een afspraak gemaakt. Intakeformulier en folders worden daarna elektronisch of per post opgestuurd naar de patiënt. Indien de scopie onder een roesje moet worden verricht, heeft de patiënt binnen één tot twee dagen een afspraak met de nurse-practitioner voor een intakegesprek. Indien de reisafstand te groot is, gebeurt dit telefonisch. Op de dag van de scopie vindt altijd een uitgebreid nagesprek plaats over de gedane bevindingen en wordt overlegd over eventuele vervolgstappen. De dag erna wordt de patiënt gebeld door de verpleegkundige om te vragen hoe de endoscopie is ervaren en of zich nog complicaties hebben voorgedaan.

Indien histologisch materiaal wordt verkregen, neemt de MDL-arts ongeveer vijf dagen na de scopie telefonisch contact hierover op met de patiënt en maakt zo nodig vervolgspraken.

Voor patiënten bij wie verdere behandeling noodzakelijk is en deze behandeling niet mogelijk is in het ZBC, regelt de MDL-arts het vervolgtraject. Dit geldt voor patiënten die geopereerd moeten worden of wanneer bijvoorbeeld sprake is van een IBD.

Geraedts: “Met omliggende ziekenhuizen hebben we goede afspraken over nazorg

indien tijdens of na de scopie een complicatie mocht optreden.”

Voordelen

In een ZBC verloopt de logistiek veel gestroomlijnder dan in een ziekenhuis. Zo wordt alle apparatuur geleased en verlopen via dezelfde firma de bestellingen van *disposables*, handschoenen et cetera. Twee dagen later is het bestelde op het centrum aanwezig, met de bijbehorende financiële voordelen.

Ook staat het persoonlijke contact met de patiënt als gevolg van de kleinschaligheid meer op de voorgrond. In het ZBC Almere ziet men dit terug in de resultaten van de enquêtes die de patiënt na enkele weken digitaal krijgt toegestuurd. Alfons Geraedts benadrukt nog een voordeel: “Als endoscopist werken we hier in een veel minder hectische omgeving dan binnen een ziekenhuis. Geen telefoon tussendoor, geen sein. Daardoor ben je heel geconcentreerd bezig met jouw patiënt. Natuurlijk verhoogt dit de kwaliteit, dat kan niet anders.”

Toekomst

Alfons Geraedts' conclusie is helder: “De toekomst van MDL Nederland moet worden gezocht in de samenwerking van vakgroepen MDL-ziekten, ziekenhuizen en ZBC's, waarbij door de vakgroepen in de ZBC's wordt gescopieerd. Met als groot voordeel dat in kortere tijd meer endoscopieën kunnen worden verricht, bovendien in een rustiger omgeving voor patiënt en arts. De *high tech*-endoscopieën moeten hun plaats binnen het ziekenhuis blijven houden. Daarvoor heeft de endoscopist dan ook meer tijd ter beschikking. De colorectale screening die de komende jaren op ons afkomt, biedt een uitgelezen kans deze op te starten in een ZBC-constructie.” Wel vindt Geraedts het belangrijk dat degene die in een ZBC scopieert, dit gedurende een hele dag doet. Volgens hem geeft scopiëren op twee locaties op één dag veel onrust, die ten koste gaat van de kwaliteit.

Multidisciplinaire poli werkt

In 2008 vatten Paul Fockens, hoogleraar MDL, en Dirk Gouma, hoogleraar chirurgie, het plan op om de al aanwezige samenwerking tussen MDL, chirurgie en radiodiagnostiek met betrekking tot de hepatopancreaticabiliaire patiënten uit te breiden naar alle GE-maligniteiten en deze samenwerking bovendien structureel vorm te geven. Met als resultaat: het Gastro-Intestinaal Oncologisch Centrum Amsterdam (GIOCA).

Nadat de raad van bestuur van het AMC door de afdeling 'Kwaliteit en procesinnovatie' uitvoerig was geadviseerd over de benodigde logistieke aanpassingen voor de oprichting van een Gastro-Intestinaal Oncologisch Centrum (zoals het later is gaan heten), werd in oktober 2008 een stuurgroep samengesteld onder leiding van prof. dr. Dirk Gouma (chirurg) en een projectgroep onder leiding van dr. Jean Klinkenbijl (oncoloog) en dr. Kristien Tytgat (MDL-arts). Ook kwamen er werkgroepen (administratie en verpleegkundigen). Als doelstellingen voor het GIOCA formuleerden zij:

1. De patiënt staat centraal en alle betrokken specialismen verzamelen zich rondom de patiënt.
2. Zowel de intake als aanvullende diagnostiek en start van de behandeling moeten voor elke patiënt zo snel mogelijk worden gerealiseerd.
3. De gespecialiseerde verpleegkundige is de spil van het geheel, zowel om de begeleiding van de patiënt als het proces te bewaken.

Praktische uitwerking

Teneinde dit te mogelijk te maken zijn drie patiëntengroepen gedefinieerd (CRC,

Oesophagus, HPB), waarvoor drie aparte dagen van sneldiagnostiek zijn ingeroosterd. Per patiëntengroep wordt op één vaste dag in de week 'dagdiagnostiek' aangeboden. De CRC-patiënten worden gezien op dinsdag, de OES-patiënten op woensdag en de HPB-patiënten hebben op donderdag polikliniek.

Tevoren wordt alle benodigde patiëntgebonden informatie door de GIOCA-verpleegkundige verzameld en beoordeeld voor triage. Ontbrekend noodzakelijk aanvullend onderzoek wordt gedefinieerd. Binnen vijf werkdagen krijgt de patiënt een afspraak op de GIOCA-polikliniek. Tijdens deze GIOCA-dag krijgt de patiënt naast gesprekken met de arts en verpleegkundigen de ontbrekende aanvullende onderzoeken.

Op elke specifieke GIOCA-dag vindt er Multi-Disciplinair-Overleg (MDO) plaats. Hierin worden alle nieuwe patiënten binnen die patiëntengroep besproken. Alle medische disciplines betrokken bij deze specifieke patiëntengroep zijn aanwezig, waardoor ter plekke een behandelplan kan worden vastgesteld. Dit behandelplan krijgt de patiënt diezelfde middag voorgesteld. Zo mogelijk wordt er in de middag nog aanvul-

NIEUW voor de behandeling van
volwassenen met gecompenseerde
chronische hepatitis B

Eén lever.  Eén leven.
Eénmaal daags één tablet VIREAD.

Uitgebreide productinformatie verkrijgbaar bij GILEAD
Telefoon: 020 718 3650 Email: gileadnl@gilead.com

 GILEAD

viread[™]
tenofovir disoproxil (as fumarate) 245 mg

▷ lend poliklinisch contact gelegd met de ver-
volgbehandelaars op dezelfde polikliniek.
Op het eind van de dag gaat de patiënt met
een behandelplan naar huis en is een datum
bekend wanneer de behandeling start. Uit-
gangspunt is, dat de behandeling – zowel
chirurgisch als niet-chirurgisch – binnen
drie weken na het MDO start. Door deze
sneldiagnostiek is de gemiddelde wachttijd
van zestien weken voor GE-oncologische
patiënten verkort tot drie à vier weken.

Terugblik na een succesvol eerste jaar

Om deze patiëntgeoriënteerde multidiscipli-
naire benadering mogelijk te maken, zijn
een aantal processen tevoren goed gedefi-
nieerd, geïmplementeerd en geëvalueerd.
Zoals: het aanstellen en opleiden van
GIOCA-verpleegkundigen, inrichten van
de infrastructuur voor een multidiscipli-
naire polikliniek, het opzetten van een EPD
en het communiceren met de verschillende
disciplines.

Dat de processen rondom diagnostiek en
behandeling veel sneller kunnen verlopen,
is niet alleen plezierig voor de individuele
patiënt, maar maakt het ook mogelijk het
patiëntenaanbod uit te breiden. De delega-
tie van een groot aantal organisatorische
taken naar de GIOCA-verpleegkundige
ondersteunt deze groei. De betrokkenheid
van alle verschillende specialisten wordt
ook groter door letterlijk dichter op elkaar
te werken.

Het opzetten van een multidisciplinaire
kliniek is niet ingewikkeld of moeilijk. Het
vereist wel een mentaliteitsverandering van
de betrokken deelnemers. Bij het GIOCA
heeft het zijn doel inmiddels bewezen. Het
werkplezier is voor de deelnemers groter
geworden en ook de patiënten waarderen
de nieuwe opzet zeer. Het zou het GIOCA-
team niet verbazen als deze werkvorm –
patiënt/ziektegeoriënteerd en door ver-
pleegkundigen gemanaged – in de toekomst
voor meerdere ziektebeelden zal worden
ingesteld.

Kristien Tytgat en Jean Klinkenbijl
Gastro-Intestinaal Oncologisch Centrum

Mesalazine bij ziekte van Crohn

De recent uitgekomen CBO-richtlijn 'De behandeling en diagnostiek van inflamma-
toire darmziekten bij volwassenen' maakt duidelijk dat er geen of hooguit een uiterst
bescheiden rol bestaat voor mesalazine als onderhoudsbehandeling bij de ziekte van Crohn.
In de dagelijkse praktijk wordt mesalazine echter nog steeds veelvuldig voorgeschreven, waar-
schijnlijk omdat er wel degelijk effect van mesalazine wordt verwacht of omdat immunosupres-
sieve therapieën te agressief worden geacht. Een behandeling met mesalazine kost ruim €30
per maand, dus de totale kosten voor de gezondheidszorg zijn aanzienlijk. Als mesalazine
alleen nog zou worden voorgeschreven in een subgroep van patiënten met de ziekte van
Crohn, waarin de grootste effectiviteit wordt verwacht, zou dit resulteren in een substantiële
daling van de totale kosten.

De door ZonMW gesubsidieerde CROWN-studie kijkt naar de effectiviteit en kosteneffectiviteit
van het stoppen van mesalazine als onderhoudsbehandeling bij patiënten met de ziekte van
Crohn die >1 jaar in remissie zijn en >1 jaar mesalazine-onderhoudsbehandeling gebruiken
met of zonder een immunomodulator. In totaal nemen vijf academische centra en veertien
perifere centra aan deze studie deel.

Oproep

In dit ambitieuze project zullen ruim 900 patiënten worden geïncludeerd. Heeft u in uw kliniek
een aantal patiënten op mesalazine-onderhoudsbehandeling staan, en bent u geïnteresseerd
in deelname aan deze studie, neem dan contact op met Mirthe van der Valk, arts-onderzoeker
(088-7550724, m.e.vandervalk-4@umcutrecht.nl) of Bas Oldenburg, MDL-arts in het UMC
Utrecht (boldenbu@umcutrecht.nl).

Kijk voor meer informatie op www.juliuscenter.com/crown.

Guido Tytgat: 'Master of Gastroenterology'



Nadat professor Guido Tytgat onlangs als eerste ooit de UEGW Life-time Achievement Award kreeg toegekend,
ontving hij tijdens de WGO in Londen nu ook de titel 'Master of Gastroenterology'. Als Vlaamse Amsterdammer
wordt hij hiermee gefeliciteerd door Geert D'Haens, voorzitter van de Vlaamse GE-vereniging (*rechts*) en Chris
Mulder, voorzitter van de NVGE (*links*).

Johan Sebus



Op 30 december 2009 overleed in Bilthoven op 81-jarige leeftijd Johan Sebus. Hij was jarenlang voorzitter van de sectie endoscopie van de NVGE. Van 1969 tot 1990 werkte hij als gastro-enteroloog in het Diaconessenhuis in Utrecht.

In de jaren zestig van de vorige eeuw was hij een van de pioniers in de gastro-intestinale endoscopie en leverde hij een belangrijke bijdrage aan de ontwikkeling ervan in Nederland, eerst met de semiflexibele gastroscoop, daarna met de gastrocamera, vervolgens met de flexibele fiberoptische endoscoop. Ik herinner me hem vooral als een geestige voorzitter van de vergaderingen van de sectie. Keer op keer benadrukte hij de grote waarde van het vastleggen van endoscopische beelden op foto en film.

Toen ik hem na zijn pensioen voor een interview thuis bezocht in Bilthoven, had hij de belangrijkste attributen uit zijn carrière om zich heen verzameld. Beneden op de bank demonstreerde hij de gastrocamera en relativeerde hij

op zijn geheel eigen wijze de betekenis ervan: "Weet je, Joep, ik heb eigenlijk nog nooit een bruikbare opname gezien."

Boven op zolder had hij zijn Super 8-projector geïnstalleerd. Terwijl de projector ratelde, liet hij me enthousiast beelden zien van een gallige gastritis in een BII-resectiemaag.

Johan was een eminente teacher en daarnaast een gezellige man.

We hebben veel aan hem te danken.

Joep Bartelsman, AMC Amsterdam

Clear. Easy. Different.

Hi LINE
HD+

Hi Line and i-scan. Outstanding precision in endoscopy.



PENTAX Nederland B.V. **Life Care**

Lage Mosten 35
4822 NK BREDA - Nederland
Tel.: 076 - 531 30 31
Fax: 076 - 531 30 00
E-Mail: lifecare@pentax.nl

www.pentaxlifecare.nl

PENTAX

SCREENING MET STRONG_{kids} MOET LEIDEN TOT SNELLE BEHANDELING

Meer grip op ondervoeding kinderen in ziekenhuis

In 2009 hebben 41 ziekenhuizen deelgenomen aan het project 'Vroege herkenning en behandeling van ondervoeding bij kinderen in ziekenhuizen'. Op 26 januari 2010 vond een slotmanifestatie plaats in Utrecht, waarbij de eerste resultaten van het project werden gepresenteerd.

De onderzoeksresultaten laten zien dat 16% van de opgenomen kinderen in het ziekenhuis ondervoed zijn. Dit is in overeenstemming met de cijfers die in 2007 werden gevonden tijdens de landelijke screeningsdriedaagse bij kinderen in de Nederlandse ziekenhuizen. Toen bleek dat 19% van de kinderen ondervoed was.

Basisset Prestatie-indicatoren

Sinds 2008 is vroege herkenning en behandeling van ondervoeding bij kinderen in ziekenhuizen opgenomen in de Basisset Prestatie-indicatoren van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Voor deze indicator dient het ziekenhuis gegevens aan te leveren over alle opgenomen patiënten. De indicator bestaat uit twee onderdelen:

1. screening op ondervoeding bij opname;
2. snelle en adequate voedingsinterventie bij de ondervoede patiënten.

Het screenen op ondervoeding bij opname gebeurt door het meten van lengte en gewicht. Met behulp van groeicurven wordt gekeken naar de verhoudingen tussen lichaamsgewicht, lichaamslengte in relatie met de leeftijd en het geslacht van het kind. Daarnaast wordt aan de hand van het screeningsinstrument STRONG_{kids} het risico bepaald op het ontstaan van ondervoeding tijdens het verblijf in het ziekenhuis.

Screeningsinstrument

De STRONG_{kids} (Screening Tool Risk On Nutritional Status and Growth), bestaande uit vier vragen, kan zowel door de arts, verpleegkundige als diëtiste worden uitgevoerd. Idealiter wordt de STRONG_{kids} opgenomen in het verpleegkundig opnameprotocol. Eerste resultaten laten zien, dat 7% van de kinderen in de hoogrisicogroep zit. Dit is in overeenstemming met het percentage van 8% dat tijdens de landelijke screeningsdriedaagse in 2007 werd gevonden. Destijds werd aangetoond dat de groep kinderen met een hoge risicoscore ten opzichte van de groep kinderen met een lage risicoscore een slechtere voedingstoestand en een langere opnameduur in het ziekenhuis had.

Behandelplan ondervoede kinderen

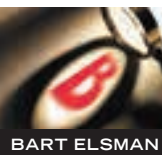
In geval van (risico op) ondervoeding dient een diëtist binnen 24 uur in consult te komen, die een individueel voedingsbehandelplan opstelt binnen 48 uur na opname. Het doel van de voedingsbehandeling is het handhaven of herstel van de eiwitmassa van het lichaam en het verschaffen van voldoende exogene energie, voornamelijk bij afgenomen energievoorraden.

Koen F.M. Joosten, kinderarts-intensivist en

Joanne Olieman, diëtiste Erasmus MC–Sophia Kinderziekenhuis, Rotterdam

¹ Het project is ontstaan uit een samenwerkingsverband van de landelijke Stuurgroep Ondervoeding, de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde en de Stichting Kwaliteitsbeleid Medisch Specialisten, die het project hebben gefinancierd.

COLUMN



BART ELSMAN

LOOG

De werkelijkheid is soms onwaarschijnlijker dan wat je kunt verzinnen. In de auto hoorde ik op Radio 1 een reportage over de sneeuwval in Nederland en Duitsland en het dreigende tekort aan strooizout. Aan welke correspondent werd vervolgens het woord gegeven? Jawel, aan 'Rob Zoutberg' in Spanje.

Dezelfde dag zag ik Lucas terug op de polikliniek: voor het eerst sinds dertig jaar! In 1967 had hij op tweejarige leeftijd uit een fles met natronloog gedronken op de boerderij van zijn grootouders. Natronloog werd gebruikt om tepelhouders van melkmachines te reinigen. Er had geen etiket op de fles gezeten, had Lucas later van zijn moeder gehoord. De vraag is of dat op die leeftijd veel had uitgemaakt. De loogverbranding had grote gevolgen: ernstige caustische beschadiging van slokdarm en maag, later slokdarmperforaties bij dilataties. Uiteindelijk werd hij in 1975 geopereerd door professor Brummelkamp in het Amsterdamse Binnengasthuis: slokdarmresectie met coloninterpositie. Ik ken hem uit de jaren daarna, omdat de anastomose herhaaldelijk moest worden opgerekt. Hij was een klein mager jongetje, die steeds samen met zijn moeder kwam.

Nu was Lucas een grote man, een kop groter dan ik. Hij kwam samen met zijn vrouw. Met het eten was het wel goed gegaan de afgelopen dertig jaar, al moest hij wel steeds het voedsel met zijn vuist links van de luchtpijp naar beneden drukken. Bijzonder bleek het beroep, dat Lucas was gaan uitoefenen: hij rijdt door het land met een tankwagen, waarin natronloog wordt vervoerd!

De inhoud staat heel duidelijk op de tank vermeld.



 **Remicade®**
INFLIXIMAB

**SINDS 1999 LOPEN WE VOOROP OM IEDERE DAG OPNIEUW
HET VERSCHIL TE MAKEN IN HET LEVEN VAN IBD PATIËNTEN**

We hebben al veel bereikt en onze ambitie gaat verder!



REMICADE
10
JAAR
GASTRO ENTEROLOGIE

ORATIE SANDER J.H. VAN DEVENTER

‘We hebben translationele dokters nodig’

Eind 2008 werd Sander van Deventer benoemd tot bijzonder hoogleraar Translationele Gastro-enterologie te Leiden. Op 18 december 2009 riep Van Deventer in zijn oratie overheid, universiteiten en medici op om talent, durf en kapitaal te steken in het ontwikkelen van nieuwe technologieën en geneesmiddelen. “Er moet veel meer geld in onderwijs en fundamenteel onderzoek worden geïnvesteerd en er moeten dokters komen die zich thuis voelen in een biotechnologisch lab en die alles weten van regelgeving en patenten.”

Van Deventer begint met het stellen van de diagnose: het farmaceutisch model, dat lange tijd uiterst succesvol is geweest, werkt niet langer naar behoren. Te veel geld gaat zitten in de ontwikkeling van medicijnen waarvan al duidelijk is – of liever: zou moeten zijn – dat de wetenschappelijke grondslag voor te verwachten succes twijfelachtig is. Clinici zouden dit translationele proces moeten kunnen bijsturen op grond van hun kennis van de pathofysiologie. De opleiding van medici is echter vooral gericht op het stellen van diagnoses en instellen van ‘de juiste therapie’, dit alles gebaseerd op ‘evidence-based medicine’. Met als groot risico dat artsen leren dat ‘evidence-based medicine’ de ultieme vorm van wetenschap is. Van Deventer pleit dan ook voor een veel grotere rol van de moderne pathofysiologie in de opleiding van dokters en het enige tijd zelf doen van laboratoriumonderzoek.

Translationele dokters

Er is behoefte aan een nieuwe specialist, die Van Deventer de ‘translationele dokter’ noemt. “Translationele dokters moeten niet alleen een gedegen kennis van de biomedische wetenschap hebben. Daarnaast dient deze specialist kennis te hebben van intellectueel eigendom, van de mogelijkheden om productontwikkeling te financieren op de kapitaalmarkt, en van de regelgeving op het gebied van geneesmiddelenontwikkeling. Een translationele dokter moet ook

preklinische aspecten, zoals toxicologisch onderzoek en ontwikkeling en validatie van een productieproces, en de klinische ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen kunnen overzien.”

Regelgeving en kapitaal

Dat bedrijven die nieuwe geavanceerde geneesmiddelen ontwikkelen, Nederland mijden, komt vooral door de Nederlandse regelgeving en trage procedures. De overheid vindt translationeel onderzoek echter wel degelijk belangrijk, zo blijkt uit de genomen subsidiemogelijkheden voor pas gestarte biotechnologiebedrijven. Van Deventer ziet daar niets in: “Het lijkt mij onwaarschijnlijk dat wij over 25 jaar kunnen vaststellen, dat dit subsidieoerwoud in belangrijke mate zal hebben bijgedragen aan de ontwikkeling van ook maar één geneesmiddel. De successen van Amerikaanse biotechnologiebedrijven als Amgen, Genentech en Genzyme zijn niet gebaseerd op subsidies, maar het resultaat van twee cruciale factoren, namelijk toponderzoek aan universiteiten die bij de beste tien van de wereld behoren en de beschikbaarheid van private financiering in de vorm van durfkapitaal.” Volgens Van Deventer is er genoeg durfkapitaal om de ontwikkeling van nieuwe medicijnen in Nederland mogelijk te maken. Hij signaleert dan ook geen *equity gap*. “Het werkelijke probleem is het ontbreken van kennis en expertise op translationeel gebied. Ik zou dit de *competence*



gap of competentiekloof willen noemen.” Van Deventer ziet op de universiteit veel talent, dat nu onvoldoende mogelijkheid krijgt zich optimaal te ontwikkelen. Van Deventer pleit er dan ook voor alle fundamenteel onderzoek en kennisoverdracht te concentreren in drie à vier echte topcentra. Ook biotechnologiebedrijven en octrooibureaus zouden bij de opleiding van translationele dokters moeten worden betrokken.

Meer weten?

Kijk op www.mdl.nl/download_magma voor de complete tekst.

Het eminente belang van een betrouwbare verbinding tussen geneeskunde en farmacie

Dr. Falk Pharma Benelux B.V. ontwikkelt, produceert en verkoopt **innovatieve geneesmiddelen** voor maag-, darm- en leverziekten, zoals Salofak®, Budenofalk®, Ursofalk® en Endofalk®. Daarbij beschouwt de onderneming het als haar taak medici en patiënten te voorzien van neutrale, up-to-date informatie.

Het eerste
Dr Falk Benelux IBD Summit
(top-symposium) vindt plaats
op vrijdag 25 juni
in Maastricht.

Met het oog op het boeken van therapeutische vooruitgang organiseert de onafhankelijke Falk Foundation **gelegenheden tot een wetenschappelijke dialoog**. Sinds 1967 heeft ze ruim 200 symposia en workshops georganiseerd die werden bijgewoond door 100.000 mensen uit meer dan 100 landen. Ook verzorgt de foundation postdoctorale opleidingen en medisch educatieve seminars en bedient ze medici met haar uitgebreide literatuurservice.



www.drpharmabio-benelux.eu

www.falkfoundation.org

Claudius Prinsenlaan 136A 4818 CP Breda Tel +31 (0)76-524 42 00 Fax +31 (0)76-524 42 10 Mail info@drpharmabio-benelux.eu

EEN GEVAL VAN HEPATITIS E

1 Een twintigjarige Nederlandse vrouw werd verwezen naar de spoedeisende hulp van het AMC wegens icterus. De geelzucht bestond sinds twee dagen en ging gepaard met ontkleurde ontlasting en donkere urine. Ook had zij sinds een maand klachten van misselijkheid, braken, verminderde eetlust en vermoeidheid. Haar voorgeschiedenis vermeldde enkel migraine en er was geen sprake van medicijn-, alcohol- of drugsgebruik. Voor de migraine slikte ze zonnodig Ibuprofen. Sinds het ontstaan van de huidige klachten gebruikte ze Paracetamol 2dd 500 mg. Een maand geleden was ze teruggekomen van een zes maanden durende studiereis door India. De laatste week had zij daar 'gebackpacked' zonder luxe voorzieningen. Voorafgaand aan haar reis was zij gevaccineerd voor HAV, HBV, DTP en buiktyfus.

Bij lichamelijk onderzoek werd een zieke icterische vrouw gezien. Behoudens pijnlijke palpatie van de rechter bovenbuik en hepatomegalie waren er geen bijzonderheden. Differentieel-diagnostisch werd gedacht aan een virale hepatitis, auto-immuunhepatitis of de ziekte van Wilson. In het laboratorium-onderzoek werden verhoogde waarden van ASAT, ALAT, γ GT, AF, verhoogd bilirubine en verlaagde stollingsfactoren gezien. Een echo van de bovenbuik toonde geen bijzonderheden. HAV IgM was negatief, HbsAg was eveneens negatief met een titer van $<0,7$ IU/L, HCV RNA negatief, CMV negatief, EBV IgM negatief, IgG positief. Er was een lage anti-HBs-titer (na vaccinatie). IgM-antistoffen tegen hepatitis-E-virus (HEV) waren positief en IgG was eveneens positief.

Bij navraag bleek de patiënte ongezuiverd water te hebben gedronken. Op deze manier heeft zeer waarschijnlijk de fecaal-orale transmissie van het HEV plaatsgevonden. Bij deze patiënte is een expectatief beleid gevoerd, omdat een fulminant beloop niet werd verwacht. Een fulminant beloop, met een mortaliteit van 0,5-3 %, was waarschijnlijk geweest indien sprake was van een pre-existente leveraandoening, zwangerschap of ondervoeding.¹

Hepatitis E, eerder bekend als non-A non-B non-C hepatitis, is een *single stranded* RNA-virus met enterale transmissie. De eerste grote uitbraak was in 1955 in New Delhi, India.² Sindsdien zijn uitbraken waarbij duizenden mensen zijn betrokken, niet zeldzaam in de endemische gebieden, te weten ontwikkelingsgebieden zoals Afrika, Zuidoost-Azië en Midden-Amerika.

Een hepatitis-E-virusinfectie wordt vaak gerelateerd aan verblijf in endemisch gebied, zoals bij deze patiënte het geval was. Echter, de laatste decennia blijkt het HEV een hoge prevalentie in ontwikkelde landen te hebben.³ Ook in Nederland is casuïstiek beschreven van HEV-infecties, zonder dat de geïnfecteerde mensen in endemisch gebied zijn geweest.⁴

De ontstaanswijze van HEV-besmetting in niet-endemische landen is veelvuldig onderzocht. Het HEV is geconstateerd bij patiënten na een orgaantransplantatie.⁵ In Nederland zijn twee gevallen beschreven van een chronische HEV-infectie na een levertransplantatie, waarbij een re-transplantatie vereist was.⁶ In Nederland bedraagt de seroprevalentie 9,8%.⁷ In 2003 waren drie ouderen in Groningen geïnfecteerd met HEV en een 58-jarige vrouw met pre-existente leveraandoening waarbij de HEV-infectie fataal is geweest.^{8,9,10} In geen van de gevallen was sprake van een bezoek aan de eerder beschreven endemische gebieden.

Het HEV heeft verscheidene transmissiemogelijkheden; fecaal-orale, parenterale en verticale transmissie worden beschreven.¹¹ De genetische diversiteit van HEV zet aan tot verder onderzoek naar de overdracht van verspreiding en overdracht van het HEV. Er bestaan 4 HEV-genotypen.² Alle genotypen komen voor bij mensen, maar genotype 3 en 4 zijn tevens bij dieren aangetroffen, zoals herten, wilde zwijnen en varkens.³ Het HEV dat vanaf 2000 bij geïnfecteerden zonder reisanamnese werd aangetroffen, was het HEV genotype 3 en is mogelijk door eten van onvoldoende verhit varkensvlees op de mens overgedragen.¹²

Het humane HEV is 97 % homoloog met het HEV van varkens. Dit suggereert een zoönotische transmissie.¹² Ter preventie van een HEV-infectie moeten mogelijke risicofactoren voor deze transmissie worden achterhaald. In Nederland is bij 22% van de varkensbedrijven het HEV in fecesmonsters gevonden.³ Direct moleculair en epidemiologisch bewijs is nog niet vastgesteld voor de zoönotische transmissie en verder onderzoek is gewenst. Ook kan men zich afvragen hoe deze transmissie kan worden voorkomen.

Janneke Leijnse, destijds co-assistent MDL-afdeling AMC, arts-assistent Gynaecologie/Verloskunde, Zaans Medisch Centrum

VISCERAL HYPERSENSITIVITY IN THE IRRITABLE BOWEL SYNDROME. EXPLORING THE STRESS-MAST-CELLINFLAMMATION HYPOTHESIS

Tamira K. Klooker, Universiteit van Amsterdam, 24 september 2009

Het prikkelbare darmsyndroom (*Engels*: IBS, *Nederlands*: PDS) is een veel voorkomende aandoening, die gepaard gaat met chronische buikklachten en bij circa tien tot twintig procent van de westerse bevolking voorkomt. De exacte oorzaken van het syndroom zijn nog grotendeels onbekend. Mede daardoor bestaat er nog geen goede behandeling. Wél is bekend, dat de darmwand bij deze patiënten veel gevoeliger is voor normale prikkels; door deze zogeheten viscerale hypersensitiviteit ervaren PDS-patiënten een normale uitzetting van de darm als pijnlijk. In dit proefschrift laten we zien dat stress en omgevingsfactoren vroeg in het leven een rol spelen bij het ontstaan van PDS. Gedacht wordt dat dit verklaard zou kunnen worden door een verhoogde ontstekingsactiviteit in de darmwand. Er blijkt echter geen sprake te zijn van een relatie tussen (microscopische) ontsteking van de darmwand en viscerale overgevoeligheid of PDS-symptomen. In tegendeel, we zien eerder een vermindering van het aantal ontstekingscellen in PDS, hetgeen zou kunnen wijzen

op een disregulatie van het immuunsysteem. Met name één van de ontstekingscellen, de mestcel, lijkt hierbij een belangrijke rol te spelen.

Verder onderzoek zal moeten uitwijzen op welke manier de mestcel viscerale hypersensitiviteit kan induceren. Het is mogelijk dat modulatie van TRPV1-receptoren hierbij (zoals we hebben aangetoond in ratten) een belangrijke rol speelt.

Curriculum vitae

Tamira K. Klooker (Abcoude, 1976) studeerde geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam. Na het behalen van het artsexamen begon zij in 2004 bij de afdeling Neurogastro-enterologie van het AMC aan haar promotieonderzoek onder begeleiding van prof. dr. G.E.E. Boeckstaens (promotor) en dr. R.M.J.G.J van den Wijngaard (co-promotor). In april 2009 startte Tamira met de (voor)opleiding tot MDL-arts in het Slotervaartziekenhuis.

Het proefschrift is te verkrijgen via t.k.klooker@amc.nl.

DIAGNOSTICS AND GENETICS IN COELIAC DISEASE

Victorien M. Wolters, Universiteit Utrecht, 3 november 2009

In dit proefschrift wordt beschreven dat de bepaling van tissue transglutaminase antistoffen (IgA-tTG) de meest betrouwbare serologische methode is voor het opsporen van coeliakiepatiënten. Sensitiviteit en specificiteit zijn echter nog onvoldoende om bevestiging van de diagnose door middel van een dunnedarmbiopsie te verlaten. Wel lieten we zien dat het recent ontdekte serum eiwit Intestinal Fatty-Acid-Binding Protein (I-FABP), een marker voor het meten van dunnedarmschade, in de toekomst mogelijk van toegevoegde waarde kan zijn bij de diagnosestelling en de follow-up van coeliakie. Verder werd aangetoond dat het routinematig verrichten van een glutenbelasting niet meer geïndiceerd is bij patiënten bij wie de diagnose onder de leeftijd van twee jaar is gesteld. Voor oudere patiënten was dit al verlaten.

Het tweede deel van het proefschrift gaat over genetische aspecten van deze aandoening. Wij toonden aan dat, naast HLA-DQ2/DQ8, ook het *MYO9B*-gen een risicofactor is voor de ontwikkeling van refractaire coeliakie type II en T-cellymfom van de darm. Verder werden drie met coeliakie geassocieerde genvarianten

(*MYO9B*, *MAGI2* en *PARD3*) onderzocht die mogelijk de darmpermeabiliteit beïnvloeden. Een correlatie tussen deze geassocieerde genvarianten en een indirecte marker voor darmpermeabiliteit werd in het onderzochte cohort, bestaande uit patiënten met het syndroom van Down, echter niet aangetoond.

Curriculum vitae

Victorien Wolters studeerde geneeskunde in Groningen en behaalde in december 1999 haar artsexamen. Vervolgens rondde zij in 2005 de opleiding tot kinderarts af in het WKZ/UMC Utrecht. In 2006 startte zij met het fellowship kinder-MDL alsmede dit promotieonderzoek onder begeleiding van prof. dr. C. Wijmenga, prof. dr. J.L.L. Kimpen en dr. R.H.J. Houwen. Na afronding van haar fellowship vertrok zij in juni 2009 naar Canada om onderzoek te doen op de afdeling kinder-MDL van het Hospital for Sick Children in Toronto naar genetische risicofactoren bij chronische darmziekten (prof. dr. A.M. Griffiths, dr. A.M. Muijs). Vanaf juli 2010 zal ze als kinderarts-MDL in het WKZ/UMC Utrecht gaan werken.

Het proefschrift is te verkrijgen via v.m.wolters@umcutrecht.nl.

NVMDL-SYMPOSIUM 27 MEI 2010

Fasten your Seatbelts!

Het eerste symposium georganiseerd door de NVMDL, op donderdag 27 mei aanstaande, is geheel gewijd aan kwaliteit en veiligheid, onder het motto 'Fasten your seatbelts'.

In de luchtvaart kent met het principe van *error management*. Men ziet fouten als onvermijdelijk en werkt voortdurend aan het verkleinen van de kans daarop. Standaardprocedures, checklists en leiderschap spelen daarbij een grote rol. In het ziekenhuis is dit alles nog vooral het domein van kwaliteitsmedewerkers en zit het nog te weinig ingebakken in de operationele zorgprocessen.

Tijdens het symposium zal Benno Baksteen, gezagvoerder n.p. en voorzitter van het Platform Duurzame Luchtvaart commentaar geven op onze inspanningen om de zorg veiliger te maken. Wij hopen op 27 mei met velen uwer op hoog niveau van gedachten te kunnen wisselen.

Willem Moolenaar, Marco Mundt en Maurice Russel,
Symposiumcommissie

Zie voor meer informatie de Congresagenda op www.mdl.nl.

U kunt zich aanmelden bij Marie José van Gijtenbeek, secretariaat@mdl.nl.

'Crohnjuwelen' wint Communicatieprijs

De Medisch Contact Communicatieprijs 2009 is gewonnen door *Crohnjuwelen*, een serie videodagboeken van patiënten met de ziekte van Crohn.

Dat maakte de jury 19 januari 2010 bekend. Voor de serie *Crohnjuwelen*, een initiatief van de Crohn en Colitis Ulcerosa Vereniging Nederland (CCUVN) en het communicatiebureau Volle Maan, legden negen patiënten na een speciale filmtraining hun leven vast. De kijker krijgt een realistisch beeld van de impact die de darm-ziekte heeft.

De thema's variëren van werk, seksualiteit, zwangerschap en gezin tot behandeling en medicatie. "Een indringende en eigentijdse manier van communiceren via moderne media," zo oordeelde de jury over het project, "dat een toegevoegde waarde heeft voor arts en patiënt: ze kunnen er allebei beter van worden." De prijs is een initiatief van de Stichting Voorlichting Patiënten (SVP) en wordt om het jaar uitgereikt aan personen of teams die de communicatie tussen arts en patiënt 'aantoonbaar en navolgbaar' hebben verbeterd. De prijs is mede mogelijk gemaakt door MediRisk en de VvAA.

's Werelds eerste Door-de-Scoop Slokdarmstent



Niti-S®

Medicor

Snel te plaatsen en minimaal invasief

Volledig gecoverde slokdarmstent in een 10.5 Fr introducersysteem. Het unieke design garandeert een eenvoudige plaatsing door de scoop.

De volledig siliconen covering maakt een eenvoudige en veilige verwijdering mogelijk en geeft een minimaal risico op weefselingroei.



Omschrijving	Bestelnummer	Stent		Introductie-systeem	
		Diameter	Lengte	Diameter	Lengte
Niti-S Slokdarm stent TTS introducer	EST 1806 F	18 mm	60 mm	10,5 Fr	160 cm
	EST 1808 F		80 mm		
	EST 1810 F		100 mm		
	EST 1812 F		120 mm		
	EST 1815 F		150 mm		

030 - 600 60 30 www.medicor.nl info@medicor.nl

SLINGELAND ZIEKENHUIS IN DOETINCHEM

One-stop-shopping in de Achterhoek

Het Slingeland Ziekenhuis in Doetinchem is een typisch streekziekenhuis. Met ruim honderd specialisten heeft het alles in huis, tegelijkertijd blijft het ziekenhuis overzichtelijk, met een heel prettige sfeer én... een doeltreffende manier van werken. De MDL-afdeling is daarvan een uitstekend voorbeeld.

“Samen vormen we een ambitieuze club”, zeggen de vier MDL-artsen Sybrand de Boer, Paul van de Meeberg, Sven van den Hazel en Tim Schreuder. Sven en Tim verzorgen de hepatologie, Sybrand is de meest ervaren endoscopist (ook endo-echo) en Paul heeft obesitas als aandachtsgebied. Edith de Vries wordt opgeleid tot physician assistant MDL, zodat zij straks zelfstandig visite kan lopen. MDL-verpleegkundigen Wilma Koot en Sandra Harmsen ondersteunen de poliklinische zorg rond IBD- en hepatitispatiënten. De verpleegafdeling wordt gecombineerd met de gastro-intestinale chirurgen (Felix van Lammeren, Ton van Engelenburg en Koen Reijnders). Zowel de interne als de chirurgische maatschap verzorgen een perifere opleiding.

MDL-dagconsult

Wat de MDL in Doetinchem bijzonder maakt, is hun werkwijze. Paul van de Meeberg: “Sinds vier jaar kennen wij het MDL-dagconsult.” Hoe dit werkt? De huisarts faxt de verwijfsbrief of verzendt deze via Zorgdomein. De MDL-arts stelt direct een onderzoeksplan op, variërend van alleen een coloscopie of polikliniekbezoek tot een uitgebreide analyse inclusief een consult bij de MDL-arts. Onderzoeken en consult worden zo efficiënt mogelijk gepland, in het afsprakensysteem zijn hiervoor specifieke combinaties ingebouwd. Bloedafname vindt plaats in de eigen woonplaats en eventueel fecesonderzoek kan worden opgestuurd naar het lab. Het *telefonische intake-gesprek* aan de hand van klachtgerelateerde protocollen door één van de vijf speciaal hiervoor opgeleide verpleegkundigen wordt samen-

gevat in een conceptbrief.

Na de onderzoeken komt de patiënt bij de MDL-arts, die alles op een rij zet (toetst), een lichamelijk onderzoek doet en alle bevindingen bespreekt. Vaak kan het hierbij blijven, soms volgt een telefonisch consult voor een PA-uitslag. De conceptbrief is in principe in drie minuten te completeren, waardoor de huisarts vrijwel tegelijk met de patiënt volledig is geïnformeerd. Deze werkwijze is steeds makkelijker te realiseren dankzij een goed functionerend EZIS/EPD en bijvoorbeeld spraakgestuurde verslaglegging op de röntgen, waardoor een echoverslag direct online staat.

Uitstekend geoutilleerd

Op de MDL-afdeling zijn poli, scopiekamers, uitslaapunit en een hypermoderne

scopenreiniging op een slimme manier geïntegreerd. Alle faciliteiten zijn up-to-date, inclusief een modern scopenpark en apparatuur voor mano- en pH-metrie en video-capsule-endoscopie.

Colorectaal carcinoom

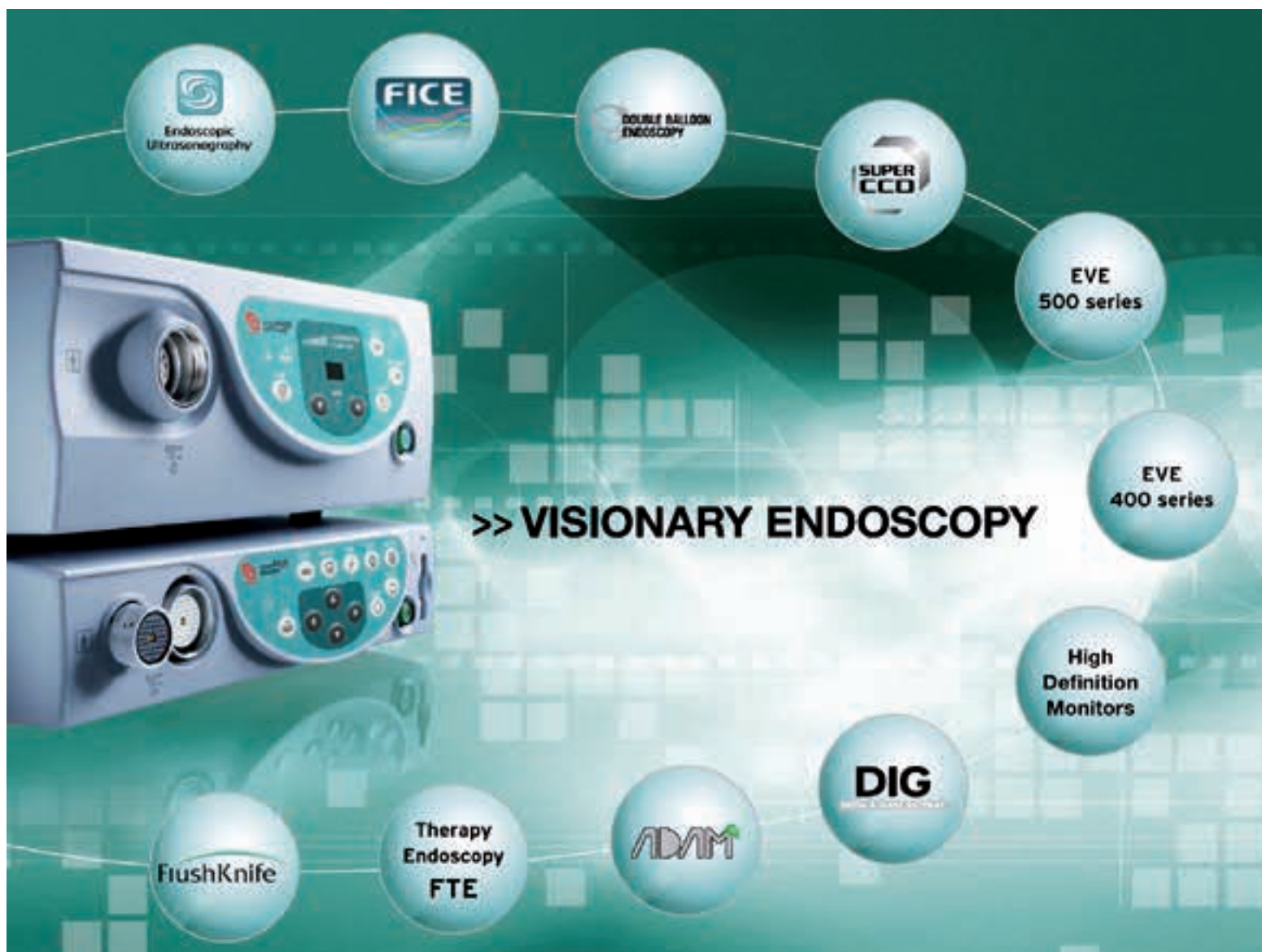
De Achterhoek is van oudsher een gebied met veel colorectaal carcinoom (CRC) en relatief veel families met het Lynchsyndroom. MDL-Slingeland streeft ernaar de sterfte aan CRC in de regio te laten dalen. Naast meer bekendheid met alarmsymptomen en een snelle verwijzing door de huisarts moeten optimalisering van de operatietechniek (waar mogelijk laparoscopisch), de preoperatieve zorg (onder andere stents) en de postoperatieve (oncologische) zorg hieraan bijdragen.

Van den Meeberg: “Mede dankzij onze werkwijze hebben wij heel korte wachttijden en steeds meer patiënten van ver buiten onze regio. Alles is gewoon goed geregeld. Maar het allerbelangrijkste: iedereen werkt bij ons met heel veel plezier.”



Vrijwel het voltallige team van de MDL-afdeling, met op de achterste rij, vierde en vijfde van links: Lies Janssen, hoofd poliklinieken en Wilma Koot, verpleegkundig specialist MDL. Tussen de gordijnen, van boven naar beneden: Sybrand de Boer, Sven van den Hazel, Tim Schreuder en Paul van de Meeberg.

FOTOGRAFIE: TOON HENDRIKS & CHARLES KELISER



>> VISIONARY ENDOSCOPY

Voor de Nederlandse markt is FMH Endoscopy BV exclusief leverancier van Fujinon endoscopie systemen zoals High definition endoscopen, ultrasound-echo endoscopen, beeld en verslaglegging software, double balloon endoscopie etc.. De combinatie HD endoscopen en het Fujinon FICE systeem (Multi Band Imaging) biedt een perfecte basis voor vroegtijdige diagnostiek. FMH is tevens leverancier van een compleet assortiment endoscopie instrumentarium zoals disposables bipteurs, self expandable stents, EMR (Flush knife) etc.

U kunt ons bezoeken op onze stand tijdens het NVGE congres in Veldhoven op 18 en 19 maart. Uiteraard kunt u ons ook bellen voor een afspraak met één van onze vertegenwoordigers.



FMH Endoscopy BV

Landjuweel 16-9
3905 PG Veenendaal

Tel. 0318-543223

Fax 0318-523635

E-mail info@endoscopy.nl

Web www.endoscopy.nl